

# IMPORTANT

**Si votre bénéficiaire ou vos bénéficiaires ne sont pas à votre charge et si vous désirez une couverture supérieure à 250 000 \$, vous devrez rencontrer un représentant en assurance des SF RARM.**





**8. Assurance pour membres libérés (AML) - Militaire**

PROTÉGÉ 'B' (lorsque complété)

NM

Indiquez le montant désiré d'assurance vie par unité de 10 000 \$ jusqu'à 400 000 \$. Voir la section 5 pour les primes.

Transfert de et/ou couverture en vigueur	Couverture supplémentaire demandée	Total désiré	# d'unités	Prime	Prime mensuelle
<input type="text"/> \$	+ <input type="text"/> \$	= <input type="text"/> \$	÷ 10 000 \$	= <input type="text"/> x <input type="text"/>	= <input type="text"/> \$

Par la présente j'annule toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) faite en vertu de la police d'assurance collective numéro 901102 pour la AML, et désigne le (les) bénéficiaire(s) suivant(s), me réservant le droit d'annuler cette désignation. Voir la section 1 Nota 7 pour de plus amples renseignements.

Nom et prénom de personnes ou des organismes	Lien	Pourcentage
Premier bénéficiaire		100 %
Bénéficiaire en sous ordre		
Bénéficiaire en sous ordre		

**NOTA:** Le militaire peut désigner toute personne ou organisme comme bénéficiaire. S'il y a plus d'un "premier bénéficiaire", remplacez les mots "bénéficiaire en sous ordre" par les mots "premier bénéficiaire" et indiquez les pourcentages s'appliquant à chacun. S'il y a des enfants mineurs, indiquez le nom et la date de naissance ainsi que le nom et l'adresse du fiduciaire pour chaque enfant. Un "bénéficiaire en sous ordre" peut être désigné pour remplacer le "premier bénéficiaire" advenant son décès. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, complétez et attachez le formulaire 11F, Désignation/Changement de bénéficiaire.

**9. Assurance pour membres libérés (AML) - Conjoint**

Indiquez le montant désiré d'assurance vie par unité de 10 000 \$ jusqu'à 400 000 \$. Voir la section 5 pour les primes.

Transfert de et/ou couverture en vigueur	Couverture supplémentaire demandée	Total désiré	# d'unités	Prime	Prime mensuelle
<input type="text"/> \$	+ <input type="text"/> \$	= <input type="text"/> \$	÷ 10 000 \$	= <input type="text"/> x <input type="text"/>	= <input type="text"/> \$

Par la présente j'annule toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) faite en vertu de la police d'assurance collective numéro 901102 pour la AML, et désigne le(les) bénéficiaire(s) suivant(s), me réservant le droit d'annuler cette désignation. Voir la section 1 Nota 7 pour de plus amples renseignements.

Nom et prénom de personnes ou des organismes	Lien	Pourcentage
Bénéficiaire en sous ordre		
Bénéficiaire en sous ordre		

**NOTA:** Le premier bénéficiaire de la AML - Conjoint est toujours l'adhérent tel qu'apparaissant à la section 2. Les cases ci-dessus permettent de nommer un ou des bénéficiaire(s) en sous ordre advenant le décès du "premier bénéficiaire". S'il y a des enfants mineurs, indiquez le nom et la date de naissance ainsi que le nom et l'adresse du fiduciaire. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, complétez et attachez le formulaire 11F, Désignation/Changement de bénéficiaire.

**10. Sommaire des primes (voir la section 1, item 8):**

Je choisis de verser les primes:  mensuellement  annuellement

Sous total des primes mensuelles  \$

\*TVP (s'il y a lieu)  \$

Total des primes mensuelles  \$

Prime annuelle = Total des primes mensuelles  \$ x 12 =  \$

\* Résidents de l'Ontario ajoutez 8%; résidents du Québec ajoutez 9 %.

**11. Signature (Lisez et signez pour toutes les demandes y compris un changement de bénéficiaire)**

Les renseignements et déclarations contenus dans la présente sont exacts et complets. Je comprends que toute fausse représentation sur des faits importants entraînera l'annulation de l'assurance.

J'autorise par la présente, le bureau du SF RARM/QGDN et La Financière Manuvie, compagnie d'assurance-vie et ses réassureurs, aux fins strictes de la tarification et de la gestion de l'assurance et du règlement des prestations:

- a) à ne recueillir que les seuls renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels sur mon compte à savoir, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux, des agences d'enquêtes et de crédit et des autres assureurs, de toutes personnes ou organismes qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;
- b) à ne communiquer que les seuls renseignements personnels nécessaires qu'elle possède sur mon compte à ces mêmes personnes et organismes; et
- c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Je comprends que ma couverture d'assurance-vie est sujette à l'approbation du Président du SF RARM et/ou La Financière Manuvie, compagnie d'assurance-vie. Par conséquent je ne débiterai AUCUNE action en vue de terminer une(des) couverture(s) d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande. De plus, j'accuse réception d'une copie de l'avertissement concernant la divulgation de renseignements personnels par le Bureau des renseignements médicaux.

Signature du militaire des FC

Signature du conjoint

Jour Mois Année

**12. Représentant du SF RARM qui a assisté à la préparation de ce formulaire ou le Point de contact qui a reçu ce formulaire.**

Le formulaire doit être envoyé immédiatement au QDGN/Président du SF RARM, dès que cette section aura été remplie.

Nom Unité/Location Téléphone Jour Mois Année

**13. Autorité approbatrice ( Le bureau du SF RARM ou de La Financière Manuvie)**

La couverture d'assurance de l'adhérent et la couverture d'assurance du conjoint sont **approuvées** à compter du

La couverture d'assurance de l'adhérent et la couverture d'assurance du conjoint sont **refusées**  Jour Mois Année NM

Par conséquent, la couverture actuelle en vigueur est de:

AML (M)  \$ AML (C)  \$

QGDN/Président du SF RARM Jour Mois Année Assureur, La Financière Manuvie Jour Mois Année

PROTÉGÉ 'B' (lorsque complété)

Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes  
(LPRFC)

**Autorisation de retenue sur la pension**

**1. RENSEIGNEMENTS DU TITULAIRE DU CERTIFICAT**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Adresse postale			Numéro de téléphone à domicile	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Case postale, route rurale, etc.			N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postale		

**2. NUMÉRO DE PENSION (SI CONNU)**

Numéro de pension : \_\_\_\_\_

**3. SIGNATURE**

**DÉCLARATION ET AUTORISATION DU REQUÉRANT**

Compte tenu de ma demande d'assurance au titre du Régime d'assurance-revenu militaire (RARM), j'autorise Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) à déduire les primes mensuelles connexes de mes prestations en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC) aux taux autorisés selon la politique des SF RARM pour ladite couverture avec la Financière Manuvie. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'originale.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada et ils vous seront fournis sur demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du certificat

\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année



## Renseignements importants pour vos dossiers

### Bureau des renseignements médicaux

La présente constitue un sommaire sur la divulgation des renseignements personnels par le Bureau des renseignements médicaux. Vous accusez réception de cet avertissement lorsque vous signez le formulaire d'adhésion.

Les renseignements sur votre assurabilité resteront confidentiels. La Financière Manuvie ou ses réassureurs pourront cependant en transmettre un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, organisme sans but lucratif de centralisation et d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Si vous présentez à l'une de ces compagnies une proposition d'assurance vie, une demande d'adhésion à un régime d'assurance maladie ou une demande de règlement, le Bureau lui fournira, sur demande, les renseignements qu'il a sur vous.

Sur simple demande de votre part, le Bureau communiquera tous les renseignements qu'il a sur vous.

Si vous doutez de l'exactitude des renseignements à votre dossier, vous pouvez en demander la correction au Bureau à l'adresse suivante : 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7, ou en composant le 416-597-0590.

La Financière Manuvie ou ses réassureurs pourront aussi communiquer les renseignements qu'ils ont sur vous aux autres compagnies auprès desquelles vous demanderiez à souscrire une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous présenteriez une demande de règlement ou de prestations.

---

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, veuillez communiquer avec le représentant en assurance des SF RARM de votre région ou composer le 1-800-263-6681.

COLD LAKE	780-594-4562
BAGOTVILLE	418-677-3333
BORDEN/LONDON/NORTH BAY/TORONTO	705-424-2262
EDMONTON/WAINWRIGHT/CALGARY	780-973-3130
ESQUIMALT/COMOX/VANCOUVER/COLORADO SPRINGS	250-363-3301
GAGETOWN/MONCTON/ Î.-P.-É.	506-357-3666
GREENWOOD	902-765-6714
HALIFAX/SHEARWATER	902-425-6926
KINGSTON	613-547-1172
NEWFOUNDLAND & LABRADOR	709-570-8480
OTTAWA	613-233-2177
PETAWAWA	613-687-0025
SHILO	204-765-7120
ST-JEAN/MONTREAL	450-357-9595
TRENTON	613-965-4823
VALCARTIER	418-844-0111
WINNIPEG/MOOSE JAW/REGINA	204-984-3222

**Prière d'envoyer les formulaires remplis aux :**

**Services Financiers du RARM**

QGDN - 4210, rue Labelle

Ottawa ON K1A 0K2

[www.sisip.com](http://www.sisip.com)