Effacer Imprimer

Financière Manuvie

Régime d'assurance des officiers-généraux (RAOG), Réserve RAOG et Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM)

Formulaire d'adhésion

Contrat collectif nº 901102

Si vous ne retournez pas le formulaire ou si vous n'indiquez pas de bénéficiaire, les sommes seront versées à votre succession.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Numéro matricule (NM) | Grade | Nom de famille | Prénom | Initiales

Adresse postale

( ) Numéro de téléphone à domicile

Case postale, route rurale, etc.

( ) Nº de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)

Ville | Province | Code postal | Date de naissance (jour/mois/année)

Adresse courriel :

Cochez une seule case :

☐ RAOG ou RAOG Rés

Date de promotion (RAOG) (jour/mois/année)

☐ RAVRM

Date de libération (RAVRM) (jour/mois/année)

2. GENRE DE SERVICE (RAOG et RAOG Rés seulement)

☐ Force régulière ou Classe C

Première réserve Classe : ☐ A ☐ B (180 jours ou moins) ☐ B (plus de 180 jours)*

*Pour les officiers en service de réserve de classe B de plus de 180 jours ou les officiers de la Force régulière ou Classe C.

Couverture facultative : ☐ 1 fois la solde ☐ pas de couverture

3. COUVERTURE DU MEMBRE—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) (s'applique à la couverture de base et facultative)

Par la présente, en tant que titulaire de l'attestation d'assurance, je révoque toute désignation de bénéficiaire que j'ai fait aux termes des options d'assurance vie indiquées ci-dessus et je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s). La désignation de bénéficiaire ci-dessous est révocable à moins de stipulation contraire.

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance** jour/mois/année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier				%
Premier				%

Si le(s) premier(s) bénéficiaire(s) est/sont décédé(s) :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance** jour/mois/année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%

En ce qui concerne l'(les) enfant(s) mineur(s) susmentionné(s), je nomme le(s) fiduciaire(s) suivant(s). Veuillez indiquer le nom, le lien de parenté, l'adresse et le numéro de téléphone du/des fiduciaire(s). **Si les enfants sont majeurs, indiquez s/o.

Fudiciaire(s) :

4. SIGNATURE

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU REQUÉRANT

Je soussigné demande à être assuré au titre de l'assurance à laquelle j'ai droit ou je pourrais avoir droit en vertu du **Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG); du RAOG de la Réserve ou du Régime d'assurance vie retraite pour le militaires.** Je comprends qu'il sera nécessaire pour les autorités militaires d'échanger de l'information personnelle à des fins de vérification d'admissibilité et de statistiques. De plus,

a. J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
b. J'autorise les Services financiers du RARM, La Financière Manuvie ou ses réassureurs à recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi aux fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations; et
c. J'autorise également les Services financiers du RARM, La Financière Manuvie ou ses réassureurs à divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi aux personnes ou organisations citées au paragraphe b.

Les renseignements données 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. Une photocopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'original.

Signature du membre | jour mois année

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli aux : Services financiers du RARM, Quartier général de la Défense nationale, 4210, rue Labelle. Ottawa ON K1A 0K2

5. RÉSERVÉ AUX SF RARM

RAOG ou RAOG Rés date d'entrée en vigueur du : jour mois année

Coût mensuel : $ (RAOG facultatif)

RAVRM date d'entrée en vigueur du : jour mois année