

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.

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

1. Comment présenter une demande

- A. (1) Lorsque vous demandez une couverture d'assurance **militaire** à la section 9 et/ou 10, vous devez remplir les sections 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12 et 13.
- (2) Lorsque vous demandez une couverture **RAOG Rés** facultative, vous devez remplir les sections 2,3,5, (pour le paiement facultatif des primes par service TEF), 7 et 13 seulement.
- B. Si vous faites une demande d'assurance vie pour **conjoint**, vous devez remplir les sections 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12 et 13.
- C. **Assurance invalidité prolongée (section 9) :**
- (1) Pour choisir une des deux options de couverture facultative, à la section 9, le militaire doit être membre de la **Première** réserve ou un membre de la Force de réserve en service de **classe B** pendant une période de plus de 180 jours. Le militaire doit annexer une copie du message « Feuille de Route » ou « Message d'autorisation d'emploi » et une lettre de son employeur civil indiquant sa solde annuelle, ou s'il travaille à son compte, il doit produire une lettre d'un professionnel n'ayant pas de lien avec lui attestant de son revenu annuel. Le revenu ou la solde annuelle doit égalier ou surpasser le revenu ou la solde présumée choisie.

- D. **Primes :**
- (1) Lorsqu'on fait une demande d'AIP facultative seulement, la demande doit être accompagnée d'un chèque ou mandat-poste à l'ordre de la « Financière Manuvie » au montant du total de la prime requise indiqué à la section 12C.
- (2) Lorsqu'il fait une demande d'assurance vie seulement, ou d'AIP facultative et d'assurance vie, l'adhérent peut choisir de verser les primes mensuelles qui figurent à la section 12A au moyen du service de transfert électronique de fonds (TEF) (remplissez la section 5) ou faire parvenir un chèque ou mandat-poste à l'ordre de la « Financière Manuvie » au montant du total des primes requises indiqué à la section 12C ou, s'il préfère que ses primes mensuelles soient déduites de sa pension de retraite des Forces canadiennes, il peut remplir le formulaire « LPRFC - Autorisation de retenue sur la pension ».
- E. Faire parvenir votre demande d'adhésion dûment remplie à la Financière Manuvie, Services du RARM, C.P. 1030, Halifax (Nouvelle-Ecosse), B3J 2X5.
- F. La désignation préalable du conjoint comme bénéficiaire par un membre qui est **devenu adhérent au RARM** lorsque domicilié dans la province de Québec peut être irrévocable pendant la durée de la couverture et généralement un changement de bénéficiaire ne peut être fait sans la permission écrite du conjoint. Veuillez remplir et joindre le formulaire 11F « Désignation/Changement de bénéficiaire ».
- Pour plus de renseignements quant à la façon de remplir ce formulaire ou concernant le régime AIP de la Force de réserve ou le Régime d'assurance temporaire de la Réserve, veuillez communiquer avec la Financière Manuvie au 1-800-565-0701 (à Halifax 453-4300) ou le bureau des SF RARM au 1-800-267-6681 (à Ottawa 233-2177).

2. Renseignements du militaire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
NUMÉRO MATRICULE (NM)	GRADE	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALE(S)	
Adresse postale Rue		App.		Date de naissance	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Province		Code postal		Lieu de naissance	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
N° de tél. à domicile ()		N° de tél. au travail ()		Unité de réserve	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
A. Service de réserve Classe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B (180 jours ou moins)		<input type="checkbox"/> B (plus de 180 jours)		<input type="checkbox"/> C	
B. Votre conjoint est-il membre ou membre libéré des Forces canadiennes? <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, indiquez son NM		<input type="text"/>	
C. Quittez-vous votre unité pour un théâtre opérationnel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Départ		Retour	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Endroit		Jour Mois Année		Jour Mois Année	

3. Attestation du commandant d'unité

Par la présente, j'atteste que le militaire susmentionné est actuellement en service de réserve de : Classe A Classe B

Nom, prénoms et grade du commandant (en lettres moulées) Signature du commandant d'unité (ou d'une personne autorisée)

Jour Mois Année

4. Renseignement sur le conjoint (à remplir pour assurance du conjoint ou un transfert)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM DE FAMILLE DU CONJOINT	PRÉNOM	INITIALE(S)		Date de naissance	
Adresse à domicile <input type="checkbox"/> comme ci-dessus ou		Rue	App.	Lieu de naissance	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PROVINCE		Code postal		Date du mariage (s'il y a lieu)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
S'il y a lieu, joindre la Déclaration d'union de fait (Formulaire SISIP FS 3F) ou l'Attestation de séparation (Formulaire SISIP FS 4F)				Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	
				<input type="text"/>	

5. Accord de débits pré-autorisés (DPA)

- Tant que les DPA sont en vigueur, la compagnie n'est pas tenue de m'informer lorsque les primes sont exigibles.
- Toutes les dispositions du contrat collectif n° 901102 relatives au paiement ou au non-paiement des primes s'appliquent aux DPA.
- Les SF RARM peuvent changer les taux de temps à autre, et cette autorisation de prélever les primes connexes demeure en vigueur jusqu'à ce que je, ou les SF RARM, la révoque par écrit. Ce préavis doit être reçu au moins vingt (20) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- Si la compagnie tente de prélever des fonds plus de deux fois sans succès sur une période de douze mois, celle-ci peut mettre fin aux DPA et exiger du soussigné qu'il verse à l'avance le montant de la prime annuelle.

Veillez remplir la section suivante :

- | | |
|---|---|
| <p>1) Type de compte</p> <p>chèques <input type="checkbox"/> ou épargne <input type="checkbox"/> ET personnel <input type="checkbox"/> ou affaires <input type="checkbox"/></p> <p>2) Jour où le prélèvement doit être effectué</p> <p>1er du mois <input type="checkbox"/> 15 du mois <input type="checkbox"/></p> <p>3) Nom(s) du(des) titulaire(s) du compte tel qu'indiqué dans les dossiers bancaires (imprimez)</p> <p><input type="text"/></p> | <p>4) Signature(s) du(des) titulaire(s) du compte</p> <p><input type="text"/></p> <p>5) Date</p> <p><input type="text"/></p> <p>Jour Mois Année</p> <p>6) Veuillez joindre un chèque avec la mention ANNULÉ OU le formulaire 15F dûment rempli.</p> |
|---|---|

6. Primes d'assurance vie

PRIMES* PAR GROUPE D'ÂGE										
PRIME MENSUELLE	moins de 25	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 et plus	
NON-FUMEUR / 10 000 \$	0,70 \$	0,60 \$	0,65 \$	0,80 \$	1,05 \$	1,35 \$	2,00 \$	3,40 \$	4,30 \$	
FUMEUR / 10 000 \$	1,05 \$	0,95 \$	1,10 \$	1,25 \$	1,80 \$	3,00 \$	4,90 \$	5,40 \$	6,45 \$	

*L'assureur se réserve le droit de modifier les primes en vertu de la présente police sans donner d'avis préalable au membre.

7. Antécédents médicaux (Doit être complété par la personne à assurer)

NOTE : Indiquez tous les troubles médicaux que vous avez déclarés au préalable, ainsi que des renseignements si vous avez répondu « Oui ». Si plus d'espace est requis, veuillez annexer une feuille sur laquelle votre NM, grade, nom, le numéro de la question et les détails sont inscrits. Annotez les détails avec les abréviations suivantes selon le cas : Mil ou Conj. Signez et datez la feuille.

1. Nom et adresse du médecin traitant :	Militaire :	Conjoint :		
2. Date et raison de la dernière consultation :	Militaire : Jour Mois Année	Raison		
	Conjoint : Jour Mois Année	Raison		
3. Diagnostic, résultat, traitement reçu ou médicament prescrit :	Militaire :	Conjoint :		
4. Taille :	Militaire :m/picm/po	Poids :kg/lb	Militaire	Conjoint
	Conjoint :m/picm/po	Poids :kg/lb	Oui Non	Oui Non
5. Votre poids a-t-il varié de 10% durant l'année ? Si oui, expliquez pourquoi :	Militaire :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conjoint :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance qui a été refusée, reportée, supprimée, ou modifiée ? Si oui, expliquez pourquoi :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous déjà fait une demande de prestations pour cause de maladie, de blessure ou de déficience ? Si oui, expliquez pourquoi ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été absent pour cause de maladie, de blessure ou de déficience au cours des deux dernières années ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, nombre de jours d'absence : Militaire : Conjoint :				
9. Vos médecins traitants prévoient-ils un traitement médical ou une intervention chirurgicale pour soigner votre état de santé actuel ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, expliquez pourquoi :				
En ce qui concerne votre état de santé, au cours des CINQ DERNIÈRES ANNÉES :				
10. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour une raison quelconque, y compris un bilan de santé ou un examen physique annuel ou courant ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, expliquez pourquoi :				
11. Avez-vous passé un électrocardiogramme, des analyses sanguines, des radiographies ou autres tests diagnostiques ? Si oui, indiquez lesquels :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà souffert de l'un des symptômes ou de l'une des maladies ci-dessous ? (Si oui, encerclez et initiez les conditions).				
12. Essoufflement, toux ou enrouement persistant, présence de sang dans l'expectoration, bronchite, pleurésie, asthme, emphysème, tuberculose ou trouble respiratoire chronique			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Étourdissements, évanouissements, convulsions, maux de tête, troubles de la parole, paralysie ou accident cérébrovasculaire, faiblesses musculaires, incoordination, troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques tels que des troubles d'anxiété, phobie, dépression, etc. ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Douleurs thoraciques, palpitations, hypertension, voile noir, fièvre rhumatismale, essoufflement la nuit, souffle cardiaque (indiquez le type), enflure des extrémités, crise cardiaques, douleurs aux jambes provoquées par l'effort ou autres troubles cardiaques ou vasculaires ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, maladies vénériennes (indiquez le type), pierres ou autres troubles des reins, de l'uretère, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jaunisse, saignements intestinaux, ulcères, hernie, appendicite, colite, diverticulite, hémorroïde, indigestion récurrente ou autres troubles de l'oesophage, de l'estomac, des intestins, du foie ou de la vésicule biliaire ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Diabète, maladie de la thyroïde y compris la thyroïde toxique, ou autres troubles endocriniens ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tout trouble du système musculo-squelettique, p. ex. l'arthrite (précisez : ostéo ou rhumatismale), goutte, névrite, sciatique, etc., y compris de la colonne vertébrale, du dos ou des articulations ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Difformité, troubles de démarche ou amputations ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Dermatose, troubles des ganglions lymphatiques, kyste, tumeur (précisez : maligne ou bénigne) ou cancer ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Allergies, anémie ou autres troubles sanguins ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Toute autre maladie ou tout autre état non indiqué ci-dessus ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Est-ce que votre père, mère, frère ou soeur ont déjà souffert de diabète, hypertension, maladie cardiovasculaire, de troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques, ou maladie héréditaire avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans ? Si oui, expliquez :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise) ou toute autre maladie immunologique, consulté un professionnel de la santé à cet effet ou appris que vous en étiez atteint ? Veuillez préciser :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Avez-vous déjà été immunisé contre le virus de l'hépatite B ? Si oui, indiquez l'année :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà :				
28. Été soigné pour alcoolisme ou toxicomanie ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Été inculpé de conduite avec facultés affaiblies ou vous a-t-on déjà arrêté pour état d'ébriété ou/et pour consommation de drogues ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Consommé de la marijuana, du haschisch, du cannabis, de la cocaïne, des stupéfiants, des hallucinogènes, ou tout autre type de drogues non obtenues par ordonnance ? Si oui, précisez :			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Consommé des produits du tabac ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez la consommation moyenne quotidienne :	Militaire :	Conjoint :	Militaire	Conjoint
Nombre d'années de consommation :	Militaire :	Conjoint :	Oui Non	Oui Non

8. Statut de fumeur / de non-fumeur

Avez-vous fumé une cigarette au cours des douze derniers mois ? Militaire : oui non Conjoint : oui non

NM

9. Couverture d'Assurance invalidité prolongée

Note : Les membres de la Première réserve, en services de classe A ou B (180 jours ou moins), sauf s'ils ont souscrit une des couvertures d'assurance facultative, obtiendront automatiquement, sans frais, une couverture d'assurance de base équivalente à une solde présumée de 2000 \$, lorsqu'ils sont en service autorisé et rémunéré. Les membres de la Force de réserve en service de classe B (plus de 180 jours) bénéficient de la couverture d'Assurance invalidité prolongée selon leur taux de rémunération en vigueur, aussi sans frais.

ASSURANCE FACULTATIVE

Note: 1. Pour continuer la réponse doit être OUI pour une ou toutes les questions.
2. Voyez la section 1.C.(1) pour preuve de salaire annuel.

Appartenez-vous à la Première réserve OUI NON Êtes-vous un membre de la Force de réserve (>180 jours) Oui Non

Salaire présumé : 3 000 \$ par mois Coût : 7,90 \$

Salaire présumé : 4 000 \$ par mois Coût : 15,80 \$

\$

\$

10. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) - Militaire

Indiquez le montant désiré d'assurance vie par unité de 10 000 \$ jusqu'à 400 000 \$. Voir la section 6 pour les primes.

Transfert de et/ou couverture en vigueur \$ + Couverture supplémentaire demandée \$ = Total désiré \$ ÷ 10 000 \$ = Nombre d'unités x Prime mensuelle =

\$

Par la présente j'annule toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, et je désigne les bénéficiaires suivants, me réservant le droit d'annuler cette désignation. Voir la section 1, para. F. pour de plus amples renseignements.

Nom et prénom de personnes ou des organismes		Lien	Pourcentage
Premier Bénéficiaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100 %
Bénéficiaire en sous ordre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire en sous ordre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fiduciaire	<input type="text"/>	Adresse: <input type="text"/>	

NOTE : Le militaire (section 10) et le conjoint (section 11) peuvent nommer toute personne ou organisme comme étant son bénéficiaire. S'il y a plus d'un « premier bénéficiaire », remplacer les mots «bénéficiaire en sous ordre » par les mots « premier bénéficiaire ». Indiquez le pourcentage s'appliquant à chacun des bénéficiaires. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, remplissez le formulaire SISIP FS 11F et agrafez-le à cette demande. S'il y a des enfants mineurs, indiquez le nom et la date de naissance de chacun d'entre eux, ainsi que le nom et l'adresse du fiduciaire. Un bénéficiaire en sous ordre peut être désigné pour remplacer le premier bénéficiaire advenant son décès.

11. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) - Conjoint

Indiquez le montant d'assurance vie désiré pour votre conjoint par unité de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 400 000 \$. Référez-vous à la section 6 pour le taux des primes.

Transfert de et/ou couverture en vigueur \$ + Couverture supplémentaire demandée \$ = Couverture totale demandée \$ ÷ 10 000 \$ = Nombre d'unités x Prime mensuelle =

\$

Note : Le bénéficiaire du RATR - Conjoint est toujours le militaire tel qu'il est indiqué à la section 2. Si ce n'est pas le cas, demandez et remplissez le formulaire SISIP FS 11F - Désignation/Changement de bénéficiaire.

12. Sommaire des primes (voir la section 1)

- A. Total des primes mensuelles (Additionner les montants de la colonne de droite) :
- B. Nombre de mois:
- C. Total des primes requises (12A x 12B)

\$

x 12

\$

13. 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.

Par la présente, j'autorise le bureau des Services financiers du RARM et la Financière Manuvie ou 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 renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels sur mon compte, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux, des agences d'enquêtes et de crédit, de toutes personnes ou organismes qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;
- b) à ne communiquer que les renseignements personnels nécessaires qu'elle possède sur mon compte à ces mêmes personnes et organismes précisés au para (a);
- 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 des SF RARM et/ou la Financière Manuvie. Par conséquent je n'entreprendrai AUCUNE démarche en vue de terminer une des couvertures d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été informé 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.

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 militaire des FC Signature du conjoint
 Jour Mois Année

14. Représentant des 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 aux SF RARM dès que cette section aura été remplie.

Nom Unité/endroit () N° de téléphone
 Jour Mois Année

15. Autorité approbatrice (Réservé aux SF RARM ou à la Financière Manuvie).

La couverture d'assurance du militaire et la couverture d'assurance du conjoint sont approuvées à compter du NM

La couverture d'assurance du militaire et la couverture d'assurance du conjoint sont refusées

Par conséquent, la couverture actuelle en vigueur est de : AIP Rés AIP Rés (facultative) \$ RATR (M) \$ RATR (C) \$ RAOG Rés (de base) RAOG Rés (facultative)

SF RARM Jour Mois Année Assureur, la Financière Manuvie Jour Mois Année



Formulaire de prélèvement automatique

pour le Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)
Contrat collectif 901102

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

<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 postal		

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'INSTITUTION FINANCIÈRE

<input type="text"/>		
Nom de l'institution financière		
<input type="text"/>		
Adresse de l'institution financière		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal

3. RENSEIGNEMENTS DU COMPTE BANCAIRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Succursale	Institution	Numéro de compte

4. SIGNATURE

Déclaration et autorisation du requérant

J'autorise le bureau de la solde/DTCS de fournir, aux Services financiers du RARM et la Financière Manuvie, mes renseignements bancaires personnels afin d'effectuer seulement le prélèvement automatique mensuel de mes primes de RATR du compte bancaire ci-dessus.

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.

<hr/>		
Signature du membre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Jour	Mois
		Année

Veuillez joindre le formulaire rempli à votre demande d'adhésion au Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR) ou l'envoyer par la poste aux :

Services financiers du RARM
Quartier général de la Défense nationale
4210, rue Labelle
Ottawa ON K1A 0K2



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

Prrière d'envoyer les formulaires remplis aux :

Financière Manuvie
Services Financiers du RARM
2727 Joseph Howe Drive
C.O. 1030
Halifax NS B3J 2X5

Pour de plus amples renseignements sur cette demande,
veuillez communiquer avec la Financière Manuvie aux 1-800-565-0701