



**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/pi .....cm/po	Poids : .....kg/lb	Militaire	Conjoint
	Conjoint : .....m/pi .....cm/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 : .....				
<b>En ce qui concerne votre état de santé, au cours des CINQ DERNIÈRES ANNÉES :</b>				
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"/>
<b>Avez-vous déjà souffert de l'un des symptômes ou de l'une des maladies ci-dessous ? (Si oui, encerclez et initiez les conditions).</b>				
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"/>
<b>Avez-vous déjà :</b>				
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 <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Conjoint :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---	-------------	------------------------------	------------------------------	------------	------------------------------	------------------------------

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     Assureur, la Financière Manuvie      
 Jour Mois Année Jour Mois Année

## **RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**

(Veuillez garder cette page pour vos dossiers)

### **Bureau des renseignements médicaux**

Cet avertissement renferme des renseignements concernant la divulgation des renseignements personnels par le Bureau des renseignements médicaux. Vous accusez réception d'une copie 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 (Medical Information Bureau), 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, téléphone (416) 597-0590.

---

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, communiquez avec le représentant en assurance des SF RARM de votre région ou faites le 1800 263-6681.

Halifax/Shearwater/Greenwood/Terre-Neuve :	(902) 425-6926
Nouveau-Brunswick/ Île-du-Prince-Édouard :	(506) 357-3666
Québec/Bagotville :	(418) 844-0111
Ottawa/Montréal/St-Jean :	(613) 233-2177
Petawawa/Kingston :	(613) 687-0025
Borden/London/North Bay/Toronto/Trenton :	(705) 424-2262
Manitoba/Saskatchewan :	(204) 984-3222
Alberta :	(780) 973-3130
Colombie Britannique :	(250) 360-0006

**Une fois le formulaire rempli, envoyez les pages 1 à 3 à :**

**Financière Manuvie  
Services du RARM  
CP 1030  
7 Maritime Place  
Halifax (N-É.) B3J 2X5**

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