

# Assurance pour membres libérés (AML)

(assurance vie temporaire jusqu'à 75 ans)

Poster à l'adresse suivante :  
Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie  
C. P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive  
Halifax, NS B3J 2X5  
1-800-565-0701 | SISIP.com

## 1. ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA)

Vous devez remplir une ABA de la Financière SISIP si vous n'avez pas de personnes à charge et souhaitez une couverture supérieure à **250 000 \$** OU si vous avez des personnes à charge, et souhaitez une couverture supérieure à **400 000 \$**. Pour remplir l'ABA, veuillez communiquer avec la Financière SISIP.

## 2. RAISON DE LA PRÉSENTE DEMANDE (COCHER TOUTES LES OPTIONS QUI S'APPLIQUENT)

Demander une première couverture :

AML-M  AML-C

Augmenter la couverture :

AML-M  AML-C

Diminuer la couverture :

AML-M  AML-C

## 3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Votre conjoint ou ex-conjoint est-il ou était-il membre des FAC?

OUI  NON  N/A

Si oui, inscrivez son nom et son numéro matricule.

et NM:

**Nota :** La couverture d'assurance totale d'une seule personne, soit individuelle ou de conjoint, ne peut dépasser **1 200 000 \$**.

## 4. REMARQUES IMPORTANTES

- Afin de **transférer** la couverture admissible en AML au moment de la libération, le militaire **DOIT PRÉSENTER UNE DEMANDE** dans les **60 jours suivant la date de sa libération**. Il n'est **PAS** tenu de remplir le **Questionnaire d'évaluation de la santé** au bloc 12.
- Pour **demandeur une première couverture d'AML ou augmenter une couverture existante**, le militaire ou son conjoint doit **avoir moins de 66 ans**. Il est obligatoire de remplir le **Questionnaire d'évaluation de la santé** au bloc 12. Il se peut qu'un examen médical soit exigé. Le cas échéant, un formulaire médical renfermant les directives à suivre sera envoyé.
- Si le montant admissible au transfert est supérieur à **1 200 000 \$**, le solde peut être converti en une police individuelle de Manuvie.

## 5. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricule (NM)		Numéro de carte UneFC		Grade	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de famille		Prénom		Initiales H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de libération (jj-mm-aaaa)	N° de téléphone primaire/jour		N° de téléphone secondaire/soirée		
App.	Numéro	Rue		Ville	
Province	Code postal		Adresse courriel		

## 6. RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT (À REMPLIR SEULEMENT POUR DEMANDER, AUGMENTER, DIMINUER OU TRANSFÉRER UNE COUVERTURE DU CONJOINT)

Numéro matricule (NM)		Numéro de carte UneFC		Grade	
Nom de famille		Prénom		Initiales	
Nom de jeune fille (s'il y a lieu)		H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Adresse postale : même que celle fournie ci-dessus <input type="checkbox"/> N'entrer l'adresse postale que si l'adresse diffère de celle du militaire		Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Date du mariage (s'il y a lieu) (jj-mm-aaaa)	
App.	Numéro	Rue		Ville	
Province	Code postal		Adresse courriel		

## 7. PRIMES\* PAR GROUPE D'ÂGE

MENSUELLES	Moins de 25 ans	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74
Taux pour non-fumeur/10 000 \$	0,70 \$	0,60 \$	0,65 \$	0,80 \$	1,05 \$	1,35 \$	2,00 \$	3,40 \$	6,00 \$	11,00 \$	23,17 \$
Taux pour fumeur/10 000 \$	1,05 \$	0,95 \$	1,10 \$	1,25 \$	1,80 \$	3,00 \$	5,15 \$	8,50 \$	15,00 \$	25,00 \$	48,47 \$

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

## 8. SITUATION - FUMEUR/NON-FUMEUR

a) Avez-vous consommé du tabac ou des produits du tabac au cours des douze (12) derniers mois?

Militaire (M) : OUI  NON

Conjoint (C) : OUI  NON

b) Date la plus récente à laquelle vous avez consommé du tabac ou un produit du tabac?

jj mm aaaa

jj mm aaaa

NM :

**9. COUVERTURE DU MILITAIRE** Si le montant total de couverture demandé est supérieur à 250 000 \$, voir le bloc 1 – ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA) à la page 1

L'assurance vie est offerte en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 1 200 000 \$.

$$\begin{array}{ccccccccc}
 \boxed{\phantom{00000}} \$ & + & \boxed{\phantom{00000}} \$ & = & \boxed{\phantom{00000}} \$ & \div & 10\,000 \$ & = & \boxed{\phantom{000}} & \times & \boxed{\phantom{000}} & = & \boxed{\phantom{00000}} \\
 \text{Couverture en vigueur} & & \text{Changement de couverture (+/-)} & & \text{Couverture totale demandée} & & & & \text{N}^{\text{bre}} \text{ de tranches} & & \text{Taux mensuel} & & \text{Prime mensuelle}
 \end{array}$$

**Nota 1 :** La désignation préalable du conjoint comme bénéficiaire par un membre qui est devenu adhérent d'un régime de la Financière SISIP lorsque domicilié dans la province de Québec peut être irrévocable pendant la couverture, ce qui veut dire qu'un changement de bénéficiaire ne peut être fait sans la permission écrite du conjoint. S'il y a lieu, le bénéficiaire irrévocable doit remplir et signer le formulaire Renonciation du bénéficiaire (annexe du formulaire 11F) et le joindre à la présente demande.

**Nota 2 :** Le militaire (bloc 5) et le conjoint (bloc 6) peuvent désigner toute personne ou tout organisme comme bénéficiaire. S'il y a plus d'un premier bénéficiaire, cocher PREMIER dans chaque rangée applicable, puis indiquer le pourcentage attribué à chacun dans la dernière colonne. La répartition totale doit correspondre à 100 %. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, remplir le formulaire Déclaration/Changement de bénéficiaire (11F) et le joindre à la présente demande. S'il y a des enfants mineurs, indiquer leur date de naissance et le nom et l'adresse du fiduciaire/tuteur. Pour les bénéficiaires en sous-ordre nommés en cas de décès des premiers bénéficiaires, cocher la case EN SOUS-ORDRE. Le total des montants attribués aux bénéficiaires en sous-ordre doit aussi équivaloir à 100 %.

À titre de titulaire du certificat, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, et je désigne les bénéficiaires suivants. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

Bénéficiaire(s) :	Nom et prénom des personnes ou nom des organismes	Lien	Date de naissance			Pourcentage
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

**10. COUVERTURE DU CONJOINT** Si le montant total de couverture demandé est supérieur à 250 000 \$, voir le bloc 1 – ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA) à la page 1

L'assurance vie est offerte en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 1 200 000 \$.

$$\begin{array}{ccccccccc}
 \boxed{\phantom{00000}} \$ & + & \boxed{\phantom{00000}} \$ & = & \boxed{\phantom{00000}} \$ & \div & 10\,000 \$ & = & \boxed{\phantom{000}} & \times & \boxed{\phantom{000}} & = & \boxed{\phantom{00000}} \\
 \text{Couverture en vigueur} & & \text{Changement de couverture (+/-)} & & \text{Couverture totale demandée} & & & & \text{N}^{\text{bre}} \text{ de tranches} & & \text{Taux mensuel} & & \text{Prime mensuelle}
 \end{array}$$

**Nota 1 :** Le premier bénéficiaire de l'AML – Conjoint est toujours le militaire dont le nom est indiqué au bloc 5 (Renseignements du militaire), à moins d'indication contraire par écrit du demandeur (militaire). Si un premier bénéficiaire autre que le demandeur (militaire) doit être nommé, cocher la case PREMIER et entrer l'information pertinente. S'il y a plus d'un premier bénéficiaire, cocher PREMIER dans chaque rangée applicable, puis indiquer le pourcentage attribué à chacun dans la dernière colonne. La répartition totale doit correspondre à 100 %. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, remplir le formulaire Déclaration/Changement de bénéficiaire (11F) et le joindre à la présente demande. S'il y a des enfants mineurs, indiquer leur date de naissance et le nom et l'adresse du fiduciaire/tuteur. Pour les bénéficiaires en sous-ordre nommés en cas de décès des premiers bénéficiaires, cocher la case EN SOUS-ORDRE. Le total des montants attribués aux bénéficiaires en sous-ordre doit aussi équivaloir à 100 %.

À titre d'assuré, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, et je désigne les bénéficiaires suivants. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

**Si les bénéficiaires en sous-ordre du conjoint et / ou le fiduciaire / tuteur sont exactement les mêmes que ceux du membre, cochez ici :**

**Vous n'êtes donc pas obligé de remplir cette section.**

Bénéficiaire(s) :	Nom et prénom des personnes ou nom des organismes	Lien	Date de naissance			Pourcentage
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

**11. SOMMAIRE DES PRIMES EXIGÉES (VOIR LES BLOCS 9 ET 10)**

Je choisis de verser les primes :

- a)  mensuellement selon l'« accord de débit préautorisé (DPA) » en remplissant le bloc 13;
- b)  mensuellement en remplissant le formulaire Autorisation de retenue sur la pension – LPRFC (ML03F);
- c)  annuellement par chèque ou mandat pour le **total de la prime annuelle** (bloc 11), payable à Manuvie 60 jours après la date de ma libération. Dorénavant, je veux qu'on m'envoie une facture chaque année.

Prime mensuelle (bloc 9) +Prime mensuelle (bloc 10)	<input type="text"/>	<b>Total de la prime mensuelle</b>	<input type="text"/>
Entrer le taux d'imposition provincial* (MB – TVD, ON – TVD, QC – TVQ, autres – 0 %)	<input type="text"/> %	<b>Total de la prime mensuelle x 12 mois =</b>	<input type="text"/>
TVD/TVQ (s'il y a lieu*)	<input type="text"/>	<b>Total de la prime annuelle</b>	<input type="text"/>

**12. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SANTÉ – À REMPLIR SEULEMENT POUR DEMANDER OU AUGMENTER UNE COUVERTURE**

**Nota :** Pour toute réponse affirmative aux questions 1 à 6, veuillez fournir des précisions dans la section Questionnaire d'évaluation de la santé – Précisions. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez inscrire l'information requise sur une feuille séparée comportant votre nom, numéro matricule, signature et la date, et joindre celle-ci à la présente demande.

**1.** Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez l'une des maladies ou l'un des troubles suivants, et avez-vous déjà reçu des traitements, des médicaments, des conseils ou du counseling pour ceux-ci?

	Militaire (M)		Conjoint (C)			Militaire (M)		Conjoint (C)	
	OUI	NON	OUI	NON		OUI	NON	OUI	NON
<b>1.1</b> Cœur (hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, douleur thoracique, crise cardiaque, accident ischémique transitoire, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.8</b> Infection transmise sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2</b> Cancer (résultats anormaux à un test Pap, tumeurs, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.9</b> Abus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3</b> Ulcère, trouble des intestins (colite, maladie de Crohn, polypes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.10</b> Maladie ou trouble du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4</b> Trouble endocrinien (diabète, intolérance au glucose, thyroïde, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.11</b> Maladie ou trouble des poumons (incluant l'asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.5</b> Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Lou-Gehrig, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.12</b> Maladie ou trouble du foie (hépatite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.6</b> Articulations, membres et colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.13</b> Maladie ou trouble du pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.7</b> Troubles mentaux ou nerveux (anxiété, dépression, TSPT, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1.14</b> Maladie ou trouble des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<b>1.15</b> Maladie ou trouble urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NM :

	Militaire (M)		Conjoint (C)	
	OUI	NON	OUI	NON
2.	Vous a-t-on dit que vous aviez une déficience immunitaire, incluant le SIDA ou un complexe lié au SIDA, ou tout gonflement généralisé des ganglions lymphatiques, ou de résultats d'analyses indiquant une exposition possible au virus du SIDA (p. ex. VIH, HTLV-III ou LAV)?			
3.	Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une maladie, un malaise, une blessure ou un problème de santé, dont des troubles mentaux, ne figurant pas dans la liste ci-dessus?			
4.	Avez-vous un problème de santé pour lequel on vous a recommandé des traitements, examens ou tests diagnostiques supplémentaires ou de subir/contempler une chirurgie?			
5.	Prenez-vous des médicaments prescrits? <b>Dans l'affirmative, veuillez énumérer vos médicaments actuels et le dosage dans la section ci-dessous réservée à cet effet.</b>			
6.	Avez-vous des symptômes quelconques ou des troubles de santé?			
7.	Avez-vous consommé des produits du cannabis, du tabac ou contenant de la nicotine sous une forme quelconque? <b>Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :</b>			

Militaire (M)	Produit n° 1	Produit n° 2	Produit n° 3	Conjoint (C)	Produit n° 1	Produit n° 2	Produit n° 3
Forme du produit :				Forme du produit :			
Consommation moyenne :	Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.			Consommation moyenne :	Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.		
Nombre d'années de consommation :				Nombre d'années de consommation :			
Dernière consommation :				Dernière consommation :			

8. Avez-vous consommé des drogues qui ne vous ont pas été prescrites : cocaïne, LSD, stupéfiants, amphétamines, stéroïdes anabolisants ou autres? **Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :** (M) OUI  NON  (C) OUI  NON

Militaire (M)	Produit n° 1	Produit n° 2	Produit n° 3	Conjoint (C)	Produit n° 1	Produit n° 2	Produit n° 3
Forme du produit :				Forme du produit :			
Consommation moyenne :	Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.			Consommation moyenne :	Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.		
Nombre d'années de consommation :				Nombre d'années de consommation :			
Dernière consommation :				Dernière consommation :			

9. Avez-vous déjà demandé une assurance vie, une assurance maladie ou une assurance invalidité qui a été refusée, reportée ou modifiée de manière quelconque? **Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :** (M) OUI  NON  (C) OUI  NON

Militaire (M)	jj	mm	aaaa	Conjoint (C)	jj	mm	aaaa
Assureur : _____				Assureur : _____			
Raison : _____				Raison : _____			

10. <b>Militaire (M)</b>	Taille : cm : _____ ou pi/po : _____	Poids : kg : _____ ou lb : _____
11. <b>Conjoint (C)</b>	Taille : cm : _____ ou pi/po : _____	Poids : kg : _____ ou lb : _____

12. <b>Militaire (M)</b> : Nom et adresse de votre médecin de famille ou de la clinique détenant vos documents médicaux :	Nom : _____ N° de tél. : _____	Adresse : _____
13. <b>Conjoint (C)</b> : Nom et adresse de votre médecin de famille ou de la clinique détenant vos documents médicaux :	Nom : _____ N° de tél. : _____	Adresse : _____

14. Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous relativement à votre dernière consultation avec le médecin :

Patient	Date de la dernière consultation mm aaaa	Raison de la consultation	Nom et adresse du médecin ou de la clinique
Militaire (M)			
Conjoint (C)			

**Questionnaire d'évaluation de la santé – Précisions :**  
**Nota :** Si vous avez répondu « OUI » à l'une des questions de 1 à 6 ci-dessus, veuillez fournir des précisions. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez inscrire l'information requise sur une feuille séparée comportant votre nom, numéro matricule, signature et la date, et joindre celle-ci à la présente demande.

Numéro de la question (1 à 6)	M ou C	Détails, diagnostic, durée, résultats	Date du traitement mm aaaa	Traitement et résultats	Nom et adresse du médecin ou de la clinique

NM :

**13. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)** (se reporter au bloc 11 s'il y a lieu)

Tant que l'accord de DPA est en vigueur, la Financière SISIP ou Manuvie 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 au DPA.

La Financière SISIP peut changer le taux de temps à autre, et cette autorisation de prélever les primes mensuelles connexes demeure en vigueur jusqu'à ce que la Financière SISIP ou moi-même la révoquions par écrit. Ce préavis doit être reçu au moins vingt (20) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit.

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 ne correspond pas au présent accord de DPA.

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 le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

Si la Financière SISIP ou Manuvie tente de prélever des fonds plus de deux fois sans succès sur une période de douze (12) mois, celle-ci peut mettre fin au DPA et exiger du sousigné qu'il verse à l'avance le montant de la prime annuelle.

**VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS :**

1. Type de compte :  chèque ou  épargne ET  personnel ou  d'affaires

2. Jour du mois où le prélèvement sera effectué :  1<sup>er</sup> du mois  15 du mois

3. Nom des déposants tels qu'ils apparaissent dans les dossiers bancaires :

--	--

4. Signature des déposants telle qu'elle apparaît dans les dossiers bancaires :

	jj	mm	aaaa
	jj	mm	aaaa

5. N° de la banque (3 chiffres) : \_\_\_\_\_ N° de la succursale (jusqu'à 5 chiffres) : \_\_\_\_\_

N° de compte (7-12 chiffres) : \_\_\_\_\_ ; ou joindre un chèque ANNULÉ ou un formulaire de DPA de la banque.

**14. SIGNATURE** (à lire et signer pour toutes les demandes)

**Nota 1 :** \*Bureau de renseignements médicaux (MIB) – Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, veuillez visiter le [www.mib.com](http://www.mib.com).

**Nota 2 :** Pour plus de renseignements quant à la façon de remplir ce formulaire ou concernant le régime d'Assurance pour membres libérés, veuillez communiquer avec l'Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie au 1-800-565-0701 (au 902-453-4300 à Halifax), ou avec la Financière SISIP au 1-800-267-6681.

**Nota 3 :** Veuillez faire parvenir votre demande remplie à l'adresse suivante : Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie, C. P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive, Halifax, NS B3J 2X5.

Les réponses et déclarations contenues dans la présente sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration des faits importants entraînera l'annulation de l'assurance. Par la présente, j'autorise la Financière SISIP et 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 à mon sujet, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, du MIB\*, des agences d'enquête et de crédit et de toute personne ou de tout organisme qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;
- b) à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes, précisés au paragraphe (a);
- c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une copie de cette déclaration a la même portée juridique 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 nouvelle couverture d'assurance vie est sujette à l'approbation de la Financière SISIP ou Manuvie. Par conséquent, je n'entreprendrai AUCUNE démarche en vue de terminer une des couvertures d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, ou de la législation provinciale équivalente, et vous seront fournis sur demande.

Nom du militaire (en caractères d'imprimerie)

Signature du militaire

	jj	mm	aaaa
--	----	----	------

Je consens à ce que l'on m'envoie des avis ou à ce que l'on communique avec moi au sujet d'autres produits ou services de la Financière SISIP : Initiales : \_\_\_\_\_ OUI ou \_\_\_\_\_ NON

Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie)

Signature du conjoint

	jj	mm	aaaa
--	----	----	------

La signature du conjoint est nécessaire seulement pour demander une première couverture ou augmenter une couverture existante.

Je consens à ce que l'on m'envoie des avis ou à ce que l'on communique avec moi au sujet d'autres produits ou services de la Financière SISIP : Initiales : \_\_\_\_\_ OUI ou \_\_\_\_\_ NON

**15. CONSEILLER DE LA FINANCIÈRE SISIP** qui a assisté à la préparation ou à la révision de ce formulaire.

Envoyer le formulaire immédiatement à la Financière SISIP dès la présente section remplie.

Nom	Succursale
Signature	jj   mm   aaaa

Avez-vous rempli une Analyse des besoins en assurance? Initiales : \_\_\_\_\_

OUI  NON

**16. AUTORITÉ APPROBATRICE** (Réservé à la Financière SISIP ou à Manuvie)

La couverture d'assurance du militaire est : Annulée  Reportée \_\_\_\_\_ année(s)  Refusée  Approuvée  Date d'entrée en vigueur  jj  mm  aaaa

La couverture d'assurance du conjoint est : Annulée  Reportée \_\_\_\_\_ année(s)  Refusée  Approuvée  Date d'entrée en vigueur  jj  mm  aaaa

La couverture actuelle en vigueur est : AIP  ARS  AML (M)  AML (C)  RAOG (couverture de base)  RAOG (couverture facultative)

jj	mm	aaaa	Financière SISIP	OU	jj	mm	aaaa	Manuvie
----	----	------	------------------	----	----	----	------	---------