

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Voici les deux raisons pour lesquelles vous devriez remplir le présent formulaire :

- Vous avez adhéré au régime d'assurance de la Financière SISIP alors que vous demeuriez dans la province de Québec et vous n'avez pas précisé que votre désignation de bénéficiaire est **révocable**. Par conséquent, conformément au *Code civil du Québec*, votre désignation de bénéficiaire est automatiquement considérée comme **irrévocable**;
- Vous avez stipulé que votre désignation de bénéficiaire est **irrévocable**.
Afin de changer de bénéficiaire irrévocable, vous devez procéder comme suit :

1. Le bénéficiaire irrévocable doit apposer sa signature au bloc 3.

Nota 1 : Il convient de noter que s'il vous est impossible d'obtenir cette signature, nous ne pourrions pas faire les modifications demandées, et la personne dont le nom figure dans le document ci-joint demeurera votre bénéficiaire; **ou,**

2. 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. Pour ceux qui sont devenus adhérent d'un régime de la Financière SISIP lorsque domicilié au Québec, un divorce annule automatiquement le conjoint comme bénéficiaire irrévocable. Veuillez inscrire la date officielle du divorce.

Nota 2 : Veuillez noter que si un tribunal vous a ordonné de nommer un bénéficiaire irrévocable dans votre jugement de divorce, il vous **Date officielle** incombe de vous acquitter de cette responsabilité, et nous vous suggérons de joindre une copie du jugement en question à ce formulaire **du divorce :**

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

Nota 3 : Il est obligatoire de remplir ce formulaire, même si une ordonnance d'un tribunal autorise la renonciation du bénéficiaire.

2. 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 d'enrôlement (jj-mm-aaaa)		N° de téléphone primaire/jour		N° de téléphone secondaire/soirée	
App.	Numéro	Rue		Ville	
Province		Code postal		Adresse courriel	

3. RENONCIATION DU BÉNÉFICIAIRE

Par la présente, le soussigné renonce à tout droit, titre et avantage accordé au bénéficiaire d'un militaire ayant souscrit une couverture d'assurance vie de la Financière SISIP, qu'il soit l'unique bénéficiaire actuel ou non.

Signé à _____ le _____ jour de/d' _____ 20_____.

Ville

Nom du bénéficiaire irrévocable
(en caractères d'imprimerie)

Signature du
bénéficiaire
irrévocable

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

Nom du témoin (en
caractères d'imprimerie)
(autre que le militaire)

Signature
du témoin

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

4. SIGNATURE

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 :

- 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 Bureau de renseignements médicaux (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;

- à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes, précisés au paragraphe (a);
- 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.

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

*MIB - Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, visiter le www.mib.com.

5. DIRECTIVES RELATIVES À L'ENVOI

Membres de la Force régulière

Poster à l'adresse suivante :

Financière SISIP
4210, rue Labelle
Ottawa, ON K1A 0K2

Membres de la Première réserve et militaires libérés

Poster à l'adresse suivante :

Assurance vie de la Financière SISIP - Manuvie
C. P. 1030
2727 Joseph Howe Drive
Halifax, NS B3J 2X5

6. EXAMEN DE LA FINANCIÈRE SISIP Vérification et examen effectués par :

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

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