

Couverture après la libération (CAL)  
Formulaire des options  
Contrat collectif n° 901102

**1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	
Ville	Province	Code postal	Adresse courriel	

**2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille du conjoint ou de l'ex-conjoint	Prénom	Initiales

**3. OPTION 1 — COUVERTURE APRÈS LA LIBÉRATION (CAL) - CONTINUER LE PLEIN MONTANT OU UNE PARTIE DU MONTANT**

Membre assuré — Continuer le plein montant : _____	Conjoint assuré — Continuer le plein montant : _____
ou continuer une partie du montant* : _____	ou continuer une partie du montant* : _____

Je choisis de prolonger ma Couverture après la libération (CAL) au-delà de la date d'anniversaire du certificat pour la ou les personnes assurées susmentionnées. Se faisant, je comprends que le montant total d'assurance vie en vigueur le demeurera à moins que je ne le modifie par la suite; qu'après l'âge de 65 ans, il; n'y a pas de protection en cas de mutilation accidentelle ni d'exonération des primes; qu'il ne sera plus possible d'obtenir un certificat d'assurance libérée. Je comprends également que si la protection est maintenue jusqu'à l'âge de 74, toute couverture prend fin automatiquement au soixante-quinzième (75<sup>e</sup>) anniversaire de la personne assurée.

**4. OPTION 2 — ASSURANCE POUR MEMBRES LIBÉRÉS (AML) - TRANSFORMER LE PLEIN MONTANT OU UNE PARTIE DU MONTANT**

Membre assuré — Transformer le plein montant : _____	Conjoint assuré — Transformer le plein montant : _____
ou transformer une partie du montant* : _____	ou transformer une partie du montant* : _____

Je choisis de transformer une partie de ma protection d'assurance vie Couverture après la libération (CAL) actuelle, tel qu'il est mentionné ci-dessus, en Assurance pour membres libérés (AML). Par conséquent, je comprends que le montant de protection CAL que j'ai choisi de transformer au moment de la signature de ce formulaire demeure en vigueur aux termes de l'AML, à moins que je ne le modifie par la suite. Je comprends également que l'AML n'est assortie d'aucune exonération de primes et ne prévoit aucun certificat d'assurance libérée, et à ce titre, toute demande que j'ai présentée aux termes de l'exonération de primes ou d'un certificat d'assurance libérée en vertu de la partie de la protection de la CAL que je choisis de transformer prend fin à la date de la réception de ce formulaire. Je comprends aussi que, si je choisis de conserver une couverture pour une personne assurée pendant la durée maximale prévue par l'AML, cette couverture prend fin automatiquement au soixante-quinzième (75<sup>e</sup>) anniversaire de la personne assurée.

**5. OPTION 3 — RECEVOIR LE CERTIFICAT D'ASSURANCE LIBÉRÉE**

Je choisis de recevoir le certificat d'assurance libérée correspondant à 10% de ma couverture en vigueur à la suite de toute transformation ou prolongation\*.

CAL — membre \_\_\_\_\_ \$       CAL — conjoint \_\_\_\_\_ \$

Si vous transformez une partie ou la totalité de votre couverture en AML, vous devez remplir la Désignation de bénéficiaire ci-dessous. Les bénéficiaires de toute CAL non transformée en AML demeurent les mêmes.

**6a. COUVERTURE DU MEMBRE—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**

Par la présente, à titre de titulaire du certificat d'assurance, je désigne la/les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de mon AML. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

**Nota :** La désignation du conjoint comme bénéficiaire de l'assurance vie, faite par un participant qui a adhéré au régime pendant qu'il demeurait dans la province de Québec, pourrait être irrévocable, à moins de stipulation contraire, et dans ce cas, ne pourra être modifiée qu'avec le consentement écrit dudit conjoint. Si cela s'applique à votre cas, votre conjoint doit remplir et signer le bloc 8 « Renoncation du bénéficiaire ».

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

(Indiquer les bénéficiaires en sous-ordre du membre sur la page suivante)

Numéro matricule (NM) : \_\_\_\_\_

**6b. COUVERTURE DU MEMBRE — DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (suite)**

Dans le cas du décès des premiers bénéficiaires :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	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 sous-ordre				%

En ce qui concerne les enfants mineurs susmentionnés, je nomme le(s) fiduciaire(s) suivant(s) qui recevront toute prestation aux termes de mon régime. Veuillez indiquer le nom, l'adresse actuelle et le numéro de téléphone des fiduciaires ainsi que le lien de parenté avec ceux-ci. **Si les enfants sont majeurs, veuillez indiquer << s/o >>.**

**Fiduciaire(s) :** \_\_\_\_\_

**7. COUVERTURE DU CONJOINT—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**  **Mêmes bénéficiaires en sous-ordre et fiduciaires que le membre, ou**

Par la présente, à titre de titulaire du certificat d'assurance, je désigne la/les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de mon AML. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* jour/mois/année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier	Toujours le membre, sauf si indiqué autrement	Membre		100 %

Dans le cas du décès des premiers bénéficiaires :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	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 sous-ordre				%

**Fiduciaire(s) :** \_\_\_\_\_

**8. RENONCIATION DU BÉNÉFICIAIRE (se reporter à la note au bloc 6a.)**

Par la présente, le soussigné renonce à tout droit, titre et avantage accordé au bénéficiaire d'un membre 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 \_\_\_\_\_  
 Lieu Mois

\_\_\_\_\_  
 Témoin (autre que le titulaire du certificat) Bénéficiaire irrévocable

**9. SIGNATURE**

**Déclaration et autorisation du requérant**

**J'atteste** que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. **J'autorise** la Manuvie ou ses réassureurs et la Financière SISIP à recueillir, à utiliser, à mettre à jour et à divulguer au besoin des renseignements personnels, ci-après appelés « renseignements », se rapportant à la présente protection d'assurance pour les besoins de l'administration de régimes d'assurance collective, de la tarification, de la vérification et de l'évaluation, d'enquête et de la gestion de toute réclamation présentée en vertu de cette couverture, ci-après appelées « besoins ». **J'autorise** toute personne ou organisation possédant des renseignements, y compris tout professionnel de la santé, institution ou fournisseur de soins de santé, organisme de réglementation, employeur, administrateur de régime collectif d'avantages sociaux, assureur, organisme d'enquête et administrateur d'autres régimes d'avantages sociaux à recueillir, à utiliser, à mettre à jour et à partager ces renseignements entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et/ou ses fournisseurs de services et avec la Financière SISIP pour les besoins susmentionnés.

Les renseignements fournis à Manuvie et obtenus par celle-ci conformément à cette autorisation doivent être conservés dans un dossier de santé du régimes d'assurance collective. L'accès à vos renseignements est limité aux personnes suivantes :

- > les employés, les représentants, les réassureurs et les fournisseurs de services de Manuvie et les employés de la Financière SISIP dans l'exécution de leurs tâches;
- > les personnes à qui vous avez donné l'autorisation;
- > les personnes autorisées par la loi.

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. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels dans votre dossier, et, le cas échéant, de faire corriger tout renseignement inexact.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Jour Mois Année Signature du conjoint \_\_\_\_\_ Jour Mois Année

**Veuillez retourner le formulaire rempli à la :** Manuvie, Services SISIP, 2727, Joseph Howe Drive, C.P. 1030, Halifax NS B3J 2X5

Réservé à la Financière Manuvie

Vérifié par : \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année