

## 1. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricule (NM)		Numéro de carte UneFC		Grade	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de famille		Prénom		Initiales <input type="checkbox"/> 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	
Province		Code postal		Adresse courriel	
				Ville	

## 2. APPLICABLE À LA COUVERTURE D'ASSURANCE

- a) Assurance collective facultative temporaire (ACFT)  Militaire  Conjoint
- b) Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)  Militaire  Conjoint
- c) Couverture après la libération (CAL)  Militaire  Conjoint
- d) Assurance pour membres libérés (AML)  Militaire  Conjoint
- e) Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_  Militaire  Conjoint

## 3. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – MILITAIRE

**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 1) et le conjoint 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 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 du 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 révoquée 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 <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

#### 4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – CONJOINT

**Nota 1 :** Le premier bénéficiaire est toujours le militaire dont le nom est indiqué au bloc 1 (Renseignements du militaire), à moins d'indication contraire par écrit du demandeur (militaire).

**Nota 2 :** 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 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 du 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 %.

**Si les bénéficiaires en sous-ordre du conjoint et le fiduciaire/tuteur sont exactement les mêmes que ceux du militaire, cocher ici : . Vous n'avez donc pas à remplir la présente section.**

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 <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER <input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	

FIDUCIAIRE/TUTEUR  Adresse et N° de téléphone

#### 5. SIGNATURE (à lire et signer pour toutes les demandes)

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 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;

- 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.

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](http://www.mib.com).

#### 6. 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

#### 7. EXAMEN DE LA FINANCIÈRE SISIP Vérification et examen effectués par (réservé à la Financière SISIP (QG)):

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

jj mm aaaa