

# Demande de résiliation de couverture

Contrats collectifs 901102 et 901107

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, Veuillez COMMUNIQUER AVEC VOTRE REPRÉSENTANT DE LA FINANCIÈRE SISIP AU 1 800 267-6681 OU AVEC MANUVIE AU 1 800 565-0701

## 1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales	
		( )			
Adresse postale		Numéro de téléphone à domicile		<b>USAGE DU BUREAU SEULEMENT</b>	
		( )			
Case postale, route rurale, etc.		Nº de tél. : travail/portable			
Ville		Prov.	Code postal		

## 2. CETTE DEMANDE EST SOUMISE EN VUE DE RÉSILIER LES COUVERTURES SUIVANTES : (Cocher les cases pertinentes)

- |   |                          |                                       |   |   |
|---|--------------------------|---------------------------------------|---|---|
| A. Assurance collective facultative temporaire (ACFT) - Membre  | <input type="checkbox"/> | Conjoint(e)* <input type="checkbox"/> | E. Assurance revenu aux survivants (ARS/AVPC)       | <input type="checkbox"/>                              |
| B. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) - Membre  | <input type="checkbox"/> | Conjoint(e)* <input type="checkbox"/> | F. Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) | <input type="checkbox"/>                              |
| C. Couverture après la libération (CAL)   | - Membre                 | <input type="checkbox"/>              | Conjoint(e)* <input type="checkbox"/>               | * Nom du/de la conjoint(e)/ex-conjoint(e) assuré(e) : |
| D. Assurance pour membres libérés (AML)   | - Membre                 | <input type="checkbox"/>              | Conjoint(e)* <input type="checkbox"/>               |   |
| G. Assurance invalidité prolongée (AIP) - volontaire seulement <input type="checkbox"/>   |                          |                                       |   |   |
| H. Régime d'assurance invalidité pour les conjoints (RAIC) - Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Membre libéré(e) <input type="checkbox"/> Nom du/de la conjoint(e)/ex-conjoint(e) assuré(e) : _____ |                          |                                       |   |   |

## IMPORTANT — S'APPLIQUE À TOUTES COUVERTURES D'ASSURANCE :

Cette demande de résiliation de couverture est en vigueur à compter de la date de réception de ce formulaire par la Financière SISIP ou par Manuvie, et toutes primes excédentaires au-delà de la date de résiliation seront remboursées. La soumission d'une nouvelle demande d'adhésion sera nécessaire pour obtenir une couverture à la suite de cette résiliation. Toute nouvelle demande d'adhésion sera assujettie à la souscription médicale et pourrait être refusée en raison de l'état de santé de la personne à assurer.

## 3. SIGNATURE

Par la présente, je certifie que j'ai lu et que j'accepte les termes et les conditions décrites dans ce document. Je comprends les conséquences financières possibles à la suite de la résiliation de couverture(s) indiqué(es) ci-dessus. Les renseignements soumis 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 membre

Jour Mois Année

Représentant de la Financière SISIP / Manuvie

Jour Mois Année

## 4. AUTORITÉ APPROBATRICE—RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP ou à MANUVIE

L'assurance vie actuellement en vigueur :  CAL  AML  ACFT  RATR  ARS  RAOG (base)  RAOG (facultatif)

MEMBRE :  \$ CONJOINT :  \$

Jour Mois Année

Financière SISIP

OU

Jour Mois Année

Assureur de groupe, Manuvie

## 5. RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP

S185  S2  S3  S4  S5  SEB  SEO

### AVIS DE DÉLÉGATION DE SOLDE

Code de la délégation de solde

Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde

Prime

Nº du bordereau

Traité par:

Jour Mois Année