

Déclaration de séparation ou de réconciliation

Contrat collectif n° 901102

DIRECTIVES**À remplir seulement par les membres ayant l'Assurance revenu aux survivants (ARS)**

Lorsqu'un membre : 1) déclare être séparé ou divorcé de son conjoint ou 2) se réconcilie avec son conjoint.

(Aux fins de la Financière SISIP, un « conjoint » désigne une personne mariée à un membre dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse, ou une personne vivant en union de fait avec le membre.)

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

| | | | | |
|-----------------------|----------|----------------|--|--------------------------------|
| Numéro matriculé (NM) | Grade | Nom de famille | Prénom | Initiales |
| | | | | () |
| Adresse postale | | | | Numéro de téléphone à domicile |
| | | | | () |
| Ville | Province | Code postal | N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler) | |
| Adresse courriel : | | | | |

2. DÉCLARATION DE SÉPARATION

- A. Je suis séparé divorcé de mon conjoint, _____, et;
 _____ (nom)
- B. Nous vivons séparément depuis le ou environ le _____, et;
 _____ (jour/mois/année)
- C. Mon conjoint n'est plus à ma charge ni le bénéficiaire des prestations de l'Assurance revenu aux survivants (ARS) de la Financière SISIP et je nomme l'(les) enfant(s) à ma charge ci-dessous en tant que bénéficiaire(s) de ces prestations.

| | Nom (au complet) des personnes ou institutions | Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance | Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année | Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales ») |
|---------|--|---|---|---|
| Premier | | | | % |
| Premier | | | | % |
| Premier | | | | % |

*En ce qui concerne l'(les) enfant(s) mineur(s) susmentionné(s), je nomme le(s) fiduciaire(s) suivant(s). Veuillez indiquer le nom, le lien de parenté, l'adresse et le numéro de téléphone de(des) fiduciaire(s). Si les enfants sont majeurs, indiquez s/o.

Fiduciaire(s) : _____

Nota : 1) La désignation d'un conjoint en tant que bénéficiaire d'une couverture d'assurance vie faite par un militaire qui a adhéré au régime d'assurance SISIP pendant qu'il demeurait dans la province de Québec, pourrait être irrévocable, à moins de stipulation contraire par le militaire. Dans un tel cas, la désignation ne pourra être modifiée qu'avec le consentement écrit du dit conjoint. Si cela s'applique à votre cas, votre conjoint doit remplir et signer un formulaire « Renonciation du bénéficiaire » (SISIP INS Annexe de 11F).

3. DÉCLARATION DE RÉCONCILIATION

- A. Je me suis réconcilié avec mon conjoint, _____; et
 _____ (nom)
- B. Nous vivons ensemble depuis une période supérieure à 30 jours qui a débuté le ou vers le _____; et
 _____ (jour/mois/année)
- C. Cette personne est mon conjoint et bénéficiaire des prestations de l'Assurance revenu aux survivants (ARS) SISIP.

4. SIGNATURE**Déclaration et autorisation du requérant**

- a. Je certifie par la présente que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
- b. J'autorise la Financière SISIP, Manuvie ou ses réassureurs à recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi aux fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations;
- c. J'autorise également la Financière SISIP, Manuvie et ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi aux personnes ou organisations indiquées au paragraphe b.

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 et ils vous seront fournis sur demande.

Signature du membre

jour mois année

Veuillez retourner le formulaire à : Financière SISIP, Quartier général de la Défense nationale, 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2