

# CONGÉ SANS SOLDE (CSS)

Contrat collectif n° 901102

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
( )				
Adresse postale		Numéro de téléphone à domicile		
( )		N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)		
Case postale, route rurale, etc.				
Ville	Province	Code postal	Adresse courriel	

## 2. CSS ( DURÉE, RAISON ET PRIMES À PAYÉE )

**CE FORMULAIRE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR LE CONGÉ DE MATERNITÉ OU PARENTAL.**

Du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_

(P. ex. : études, accompagnement du conjoint en affectation)

Prime payée directement à l'assureur (MANUVIE) \_\_\_\_\_ \$ Cette prime est pour \_\_\_\_\_ mois de couverture.

**(Le service de transfert électronique de fonds (TEF) n'est pas disponible.)**

## 3. CESSATION DE(S) DÉLÉGATION(S) DE SOLDE — Commencement du CSS

Type de garantie	Délégation(s) de solde	Montant \$	À compter du :
AIP			
ARS/AVPC			
ACFT-membre			
ACFT-conjoint			
RAIC			

## 4. REPRISE DE(S) DÉLÉGATION(S) DE SOLDE — Fin du CSS

Type de garantie	Délégation(s) de solde	Montant \$	À compter du :
AIP			
ARS/AVPC			
ACFT-membre			
ACFT-conjoint			
RAIC			

## 5. 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 joindre le paiement des primes au présent formulaire dûment rempli et envoyer à :

Original : La Financière SISIP, Quartier général de la Défense nationale , 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2

Deuxième copie : Retenue par le membre.

**PROTÉGÉ B (une fois rempli)**