



L'exonération des primes d'assurance vie

Déclaration du requérant

La Financière Manuvie
contrat collectif n° 901102



1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro matricole (NM)	Nom de famille	Prénom	Initiales
		()	
Adresse postale	Numéro de téléphone à domicile		
		()	
Case postale, route rurale, etc.	Nº de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)		
Ville	Province	Code postal	Adresse courriel

2. RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT

(À REMPLIR S'IL Y A LIEU)

Nom complet du conjoint : _____		
Date de naissance : _____	Situation de famille : _____	Date du mariage/de la cohabitation : _____
Jour	Mois	Année
Jour	Mois	Année

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT

A. Nature de l'invalidité (diagnostic) : _____			
B. Si l'invalidité est le résultat d'un accident, veuillez fournir une brève description : _____			
C. Date à laquelle l'invalidité est survenue : _____		D. Date à laquelle vous avez été soigné pour la première fois en raison de cette maladie ou blessure : _____	
Jour		Mois	Année
Jour		Mois	Année
E. Depuis le début de votre invalidité, avez vous été :			
i) alité?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
ii) confiné à la maison?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
iii) un patient d'un hôpital ou d'un sanatorium?		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, du _____ au _____	
Jour		Mois	Année
F. Quel type de traitement recevez-vous actuellement (p. ex. physiothérapie, médicaments, etc.)? _____			
G. Quelles activités quotidiennes pratiquez-vous à l'heure actuelle? Veuillez indiquer vos restrictions et la façon dont votre vie quotidienne a changé en raison de votre invalidité : _____			

Numéro matricule (NM) :

3. RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION DU REQUÉRANT (SUITE)

H. Votre invalidité vous empêche-t-elle d'exercer toute profession ou un emploi? Oui Non

Dans la négative, veuillez préciser. _____

I. Prévoyez-vous retourner sur le marché du travail et obtenir un emploi rémunérant? Non Oui, à la quelle date?

Jour Mois Année

4. EMPLOIS, ÉTUDES ET FORMATION

Nom du dernier employeur : _____ Titre du poste : _____

Description des fonctions du poste (veuillez préciser toute machine ou équipement utilisé) : _____

Dernier jour de travail : _____
 Jour Mois Année

Expérience professionnelle (avant l'emploi le plus récent) :

Nom du dernier employeur	Fonctions/titre du poste	Durée de l'emploi

Éducation formelle :

Nom de l'institution scolaire et de la ville	Niveau scolaire le plus élevé	Certificat/diplôme

Autre formation ou cours (incluant ceux suivis pendant le service au sein des Forces canadiennes) :

Cours	Contenu	Durée du cours

5. RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

Recevez-vous des prestations d'invalidité d'une des sources suivantes? Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant.

	Oui	Montant actuel	Non	Dans la négative, avez-vous présenté une demande en vue de cette prestation?
A. Régime de pensions du Canada (RPC) (partie du requérant seulement)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B. Régie des rentes du Québec (RRQ) (partie du requérant seulement)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
C. Autres sources (incluant les régimes d'assurance-salaire et l'indemnisation des travailleurs)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Veuillez fournir des détails pour la partie C ci-dessus :

6. MÉDECIN TRAITANT/SPÉCIALISTES

Nom du médecin traitant actuel : (prière d'écrire en lettres moulées)	Nº de tél. du médecin traitant
Adresse du médecin traitant	
Nom du spécialiste actuel, le cas échéant : (prière d'écrire en lettres moulées)	Nº de tél. du spécialiste
Adresse du spécialiste	

7. SIGNATURE

Vous devez informer promptement la Financière Manuvie ou les Services financiers du RARM des situations suivantes :

1. Votre état s'améliore au point où vous pourriez retourner au travail, même si vous n'y avez pas encore retourné;
2. Vous retournez au travail, soit comme employé ou travailleur indépendant;
3. Vous sortez de l'hôpital ou vous y êtes maintenant confiné;
4. Vous prévoyez vous absenter de votre lieu de résidence habituelle pendant une période prolongée;
5. Vous déménagez et devez changer votre adresse ou coordonnées.

Déclaration et autorisation du requérant

Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité de la part des Services financiers du RARM ou de la Financière Manuvie et j'autorise tous les médecins, hôpitaux, commissions des pensions et autres autorités à fournir aux Services financiers du RARM et/ou à la Financière Manuvie tous les renseignements relatifs à mes antécédents médicaux. De plus,

- a. J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
- b. J'autorise les Services financiers du RARM et la Financière Manuvie ou ses réassureurs de recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi pour les fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations;
- c. J'autorise également les Services financiers du RARM et la Financière Manuvie ou ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi à ces mêmes personnes ou organisations mentionnées 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. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du requérant

Jour Mois Année

Signature du témoin

Jour Mois Année

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

PROTÉGÉ B (une fois rempli)