

Assurance collective facultative temporaire (ACFT) de la Force régulière

Poster à l'adresse suivante :
Financière SISIP
4210, rue Labelle, Ottawa, ON K1A 0K2
1-800-267-6681 | SISIP.com

1. ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA)

La souscription d'une assurance vie est un élément essentiel de votre plan global de sécurité financière. La Financière SISIP exige que chaque demandeur ou demanderesse complète une **analyse des besoins en assurance (ABA)** au moment de la demande. Cette analyse vous aidera à comprendre vos besoins actuels en matière d'assurance vie et à prendre une décision éclairée concernant votre couverture. Pour compléter une ABA, veuillez contacter la Financière SISIP.

2. RAISON DE LA PRÉSENTE DEMANDE (COCHER TOUTES LES OPTIONS QUI S'APPLIQUENT)

<input type="checkbox"/> Demander une première couverture :	ACFT – Militaire <input type="checkbox"/>	ACFT – Conjoint <input type="checkbox"/>	Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) – couverture de base <input type="checkbox"/>	RAOG – couverture facultative <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Augmenter la couverture :	ACFT – Militaire <input type="checkbox"/>	ACFT – Conjoint <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diminuer la couverture :	ACFT – Militaire <input type="checkbox"/>	ACFT – Conjoint <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Transformer l'Assurance revenu aux survivants (ARS*) en ACFT – Militaire (jusqu'à un maximum de 50 fois la solde mensuelle ajustée à la prochaine tranche de 10 000 \$)				
<input type="checkbox"/> Transformer l'Assurance vie pour personnes à charge (conjoint) en ACFT – Conjoint (jusqu'à un maximum de 2 tranches) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Transformer en ACFT :	Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR) <input type="checkbox"/>	Assurance pour membres libérés (AML) <input type="checkbox"/>	Couverture après la libération (CAL) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Changement de bénéficiaire				
<input type="checkbox"/> Changer l'état civil à :	Marié <input type="checkbox"/>	Conjoint de fait <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Séparé* <input type="checkbox"/>
			Divorcé <input type="checkbox"/>	Parent unique <input type="checkbox"/>

*Pour l'ARS seulement : remplir et signer le formulaire *Déclaration de séparation ou de réconciliation (4F)* et le joindre à la présente demande.

3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

1. Votre conjoint ou ex-conjoint est-il ou était-il membre des FAC?

OUI NON N/A

Si oui, inscrivez son nom et son numéro matricole.

et NM:

Nota : La couverture d'assurance totale d'une seule personne, soit individuelle ou de conjoint, ne peut dépasser **1 200 000 \$**.

2. À remplir si vous quittez votre unité pour un théâtre d'opérations :

*Départ
(jj-mm-aaaa)*

*Date de retour prévue
(jj-mm-aaaa)*

4. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricole (NM)	Numéro de carte UneFC	Grade		
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de famille	Prénom	Initiales	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	Ville			
Province	Code postal	Adresse courriel		

5. RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT (À REMPLIR SEULEMENT POUR DEMANDER, AUGMENTER, DIMINUER OU TRANSFÉRER UNE COUVERTURE DU CONJOINT)

Numéro matricole (NM)	Numéro de carte UneFC	Grade		
Nom de famille	Prénom	Initiales	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse postale : même que celle fournie ci-dessus <input type="checkbox"/> N'entrer l'adresse postale que si l'adresse diffère de celle du militaire		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date du mariage (s'il y a lieu) (jj-mm-aaaa)	
App. Numéro Rue	Ville			
Province	Code postal	Adresse courriel		

6. PRIMES* PAR GROUPE D'ÂGE

MENSUELLES	Moins de 25 ans	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74
Taux pour non-fumeur/10 000 \$	0,75 \$	0,65 \$	0,70 \$	0,85 \$	1,10 \$	1,40 \$	2,10 \$	3,55 \$	6,30 \$	11,55 \$	24,35 \$
Taux pour fumeur/10 000 \$	1,10 \$	1,00 \$	1,15 \$	1,30 \$	1,90 \$	3,15 \$	5,40 \$	8,95 \$	15,75 \$	26,25 \$	50,90 \$

*L'assureur se réserve le droit de modifier les primes en vertu de la présente police sans donner d'avis préalable au membre.

NM :

7. COUVERTURE DU MILITAIRE

Si le montant total de couverture demandé est supérieur à **250 000 \$**, voir le **bloc 1 - ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA)** à la page 1

L'assurance vie est offerte en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de **1 200 000 \$**.

\$	+	\$	=	\$	÷ 10 000 \$ =	[]	×	[]	=	[]
Couverture en vigueur		Changement de couverture (+/-)		Couverture totale demandée		Nbre de tranches		Taux mensuel		Prime mensuelle

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 4) et le conjoint (bloc 5) 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 n'y a pas suffisamment d'espace, remplir le formulaire Déclaration/Changement de bénéficiaire (11F) et le joindre à la présente demande. 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 %.

En tant que titulaire du certificat, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu de mes couvertures précédentes, 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			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

8. COUVERTURE DU CONJOINT

Si le montant total de couverture demandé est supérieur à **250 000 \$**, voir le **bloc 1 - ANALYSE DES BESOINS EN ASSURANCE (ABA)** à la page 1

L'assurance vie est offerte en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de **1 200 000 \$**.

\$	+	\$	=	\$	÷ 10 000 \$ =	[]	×	[]	=	[]
Couverture en vigueur		Changement de couverture (+/-)		Couverture totale demandée		Nbre de tranches		Taux mensuel		Prime mensuelle

Nota 1 : Le premier bénéficiaire de l'ACFT – Conjoint est toujours le militaire dont le nom est indiqué au bloc 4 (Renseignements du militaire), à moins d'indication contraire par écrit du demandeur (militaire). 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 n'y a pas suffisamment d'espace, remplir le formulaire Déclaration/Changement de bénéficiaire (11F) et le joindre à la présente demande. 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 %.

En tant que titulaire du certificat, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu de mes couvertures précédentes, et je désigne les bénéficiaires suivants. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

Si les bénéficiaires en sous-ordre du conjoint et / ou le fiduciaire / tuteur sont exactement les mêmes que ceux du membre, cochez ici:
Vous n'êtes donc pas obligé de remplir cette section.

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"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

9. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA SANTÉ – À REMPLIR SEULEMENT POUR DEMANDER OU AUGMENTER UNE COUVERTURE

Nota : Pour toute réponse affirmative aux questions 1 à 6, veuillez fournir des précisions dans la section Questionnaire d'évaluation de la santé – Précisions. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez inscrire l'information requise sur une feuille séparée comportant votre nom, numéro matricule, signature et la date, et joindre celle-ci à la présente demande.

1. Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez l'une des maladies ou l'un des troubles suivants, et avez-vous déjà reçu des traitements, des médicaments, des conseils ou du counseling pour ceux-ci?

	Militaire (M)		Conjoint (C)						Militaire (M)		Conjoint (C)	
	OUI	NON	OUI	NON					OUI	NON	OUI	NON
1.1 Cœur (hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, douleur thoracique, crise cardiaque, accident ischémique transitoire, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.8	Infection transmise sexuellement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Cancer (résultats anormaux à un test Pap, tumeurs, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.9	Abus d'alcool			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Ulcère, trouble des intestins (colite, maladie de Crohn, polypes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.10	Maladie ou trouble du sang			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Trouble endocrinien (diabète, intolérance au glucose, thyroïde, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.11	Maladie ou trouble des poumons (incluant l'asthme)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Trouble neurologique (épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Lou-Gehrig, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.12	Maladie ou trouble du foie (hépatite, etc.)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Articulations, membres et colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.13	Maladie ou trouble du pancréas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Troubles mentaux ou nerveux (anxiété, dépression, TSPT, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.14	Maladie ou trouble des reins			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					1.15	Maladie ou trouble urinaire			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NM : _____

			Militaire (M)	Conjoint (C)
	OUI	NON	OUI	NON
2. Vous a-t-on dit que vous aviez une déficience immunitaire, incluant le SIDA ou un complexe lié au SIDA, ou tout gonflement généralisé des ganglions lymphatiques, ou de résultats d'analyses indiquant une exposition possible au virus du SIDA (p. ex. VIH, HTLV-III ou LAV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une maladie, un malaise, une blessure ou un problème de santé, dont des troubles mentaux, ne figurant pas dans la liste ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous un problème de santé pour lequel on vous a recommandé des traitements, examens ou tests diagnostiques supplémentaires ou de subir/contempler une chirurgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous des médicaments prescrits? Dans l'affirmative, veuillez énumérer vos médicaments actuels et le dosage dans la section ci-dessous réservée à cet effet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous des symptômes quelconques ou des troubles de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous consommé des produits du cannabis, du tabac ou contenant de la nicotine sous une forme quelconque? Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Militaire (M)	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°3	Conjoint (C)	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°3
Forme du produit :				Forme du produit :			
Consommation moyenne :	<i>Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.</i>			Consommation moyenne :	<i>Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.</i>		
Nombre d'années de consommation :				Nombre d'années de consommation :			
Dernière consommation :				Dernière consommation :			
8. Avez-vous consommé des drogues qui ne vous ont pas été prescrites : cocaïne, LSD, stupéfiants, amphétamines, stéroïdes anabolisants ou autres? Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :				(M) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	(C) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Militaire (M)	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°3	Conjoint (C)	Produit n°1	Produit n°2	Produit n°3
Forme du produit :				Forme du produit :			
Consommation moyenne :	<i>Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.</i>			Consommation moyenne :	<i>Indiquer le montant et la fréquence : 1 paquet/jour, 5 g/semaine, etc.</i>		
Nombre d'années de consommation :				Nombre d'années de consommation :			
Dernière consommation :				Dernière consommation :			
9. Avez-vous déjà demandé une assurance vie, une assurance maladie ou une assurance invalidité qui a été refusée, reportée ou modifiée de manière quelconque? Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des précisions ci-dessous :				(M) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	(C) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

Militaire (M)	jj	mm	aaaa	Conjoint (C)	jj	mm	aaaa
Assureur :				Assureur :			
Raison :				Raison :			
10. Militaire (M)				11. Conjoint (C)			
Taille :	cm :		ou pi/po :	Taille :	cm :		ou pi/po :
Poids :	kg :		ou lb :	Poids :	kg :		ou lb :
12. Militaire (M) : Nom et adresse de votre médecin de famille ou de la clinique détenant vos documents médicaux :				13. Conjoint (C) : Nom et adresse de votre médecin de famille ou de la clinique détenant vos documents médicaux :			
Nom :	Nº de tél. :			Nom :	Nº de tél. :		
Adresse :				Adresse :			

14. Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous relativement à votre dernière consultation avec le médecin :					
Patient	Date de la dernière consultation mm aaaa	Raison de la consultation		Nom et adresse du médecin ou de la clinique	
Militaire (M)					
Conjoint (C)					

Numéro de la question (1 à 6)	M ou C	Détails, diagnostic, durée, résultats	Date du traitement mm aaaa	Traitement et résultats	Nom et adresse du médecin ou de la clinique

NM : **10. SITUATION – FUMEUR/NON-FUMEUR**

Avez-vous consommé du tabac ou des produits du tabac au cours des douze (12) derniers mois?

Militaire (M): oui non Conjoint (C): oui non **11. SIGNATURE (à lire et signer pour toutes les demandes)**

Note 1 : *Bureau de renseignements médicaux (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.

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 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.

Nom du militaire (en caractères d'imprimerie)

Signature du militaire

 jj mm aaaa

Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie)

Signature du conjoint

 jj mm aaaa

La signature du conjoint est nécessaire seulement pour demander une première couverture ou augmenter une couverture existante.

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 : Initialles : _____ OUI ou _____ NON

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 : Initialles : _____ OUI ou _____ NON

12. CONSEILLER DE LA FINANCIÈRE SISIP qui a assisté à la préparation ou à la révision de ce formulaire.

Envoyer le formulaire immédiatement à la Financière SISIP dès la présente section remplie.

 Nom

Succursale

Avez-vous rempli une ABA? Initialles : _____

 Signature jj mm aaaaOUI NON **13. AUTORITÉ APPROBATRICE** (Réservé à la Financière SISIP ou à Manuvie)

La couverture d'assurance du militaire est :

Annulée Reportée _____ année(s) Refusée Aprouvée

Délégation de solde : jj mm aaaa

La couverture d'assurance du conjoint est :

Annulée Reportée _____ année(s) Refusée Aprouvée

Délégation de solde : jj mm aaaa

La couverture actuelle en vigueur est :

AIP ARS ACFT-M

ACTF-C

RAOG
(couverture
de base)

RAOG
(couverture
facultative)

 jj mm aaaa

Financière SISIP

OU

 jj mm aaaa

Manuvie

14. RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIPEnvoyé à Manuvie le jj mm aaaaM C AIP S2 S3 S4 SE-O SE-B**Renseignements sur la délégation de solde**

Code de délégation de solde	Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde jj mm aaaa	Prime	N° de la pièce justificative	jj-mm-aaaa

Traité par jj mm aaaa