

## Version simplifiée

### Demande d'assurance vie temporaire

(couverture d'assurance vie s'élevant jusqu'à 100 000 \$)

#### 1. ADMISSIBILITÉ

1. Vous ne devez pas être suivi par un professionnel de la santé, planifier ou subir des examens médicaux, ou présenter des signes/symptômes pour lesquels vous avez, auriez dû ou allez demander l'avis d'un professionnel de la santé.
2. Cette demande est valide pour les demandes d'assurance s'élevant jusqu'à 100 000 \$. Si vous avez besoin d'une couverture de plus de 100 000 \$, une demande d'assurance vie temporaire, 1F, doit être remplie. Pour ce faire, veuillez communiquer avec votre conseiller de la Financière SISIP ou vous rendre à sbmfc.ca/assurance-finances/ressources-financieres/formulaire.

#### 2. CETTE DEMANDE EST POUR

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je suis un membre de la Force régulière (couverture ACFT – M)            | <input type="checkbox"/> Je suis un membre de la Force de réserve primaire (couverture RATR – M)            |
| <input type="checkbox"/> Je suis conjoint d'un membre de la Force régulière (couverture ACFT – C) | <input type="checkbox"/> Je suis conjoint d'un membre de la Force de réserve primaire (couverture RATR – C) |

#### 3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

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

OUI  NON  N/A

*Si oui, inscrire son nom et son numéro matricule*

et NM :

#### 4. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricule (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 LORS D'UNE DEMANDE DE COUVERTURE DU CONJOINT)

Numéro matricule (NM)	Numéro de carte UneFC	Grade
Nom de famille	Prénom	Initiales
Initiales	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)
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. CONSENTEMENT PAR COURRIEL

J'autorise la Financière SISIP ou Manuvie à communiquer avec moi en utilisant cette adresse courriel et je les autorise également à m'envoyer des artefacts d'information, y compris des documents protégés, par l'entremise d'un courriel chiffré ou non chiffré. Je comprends que toute communication par courriel et toute transmission de documents avec la Financière SISIP ou Manuvie peuvent contenir des renseignements personnels, y compris, entre autres, des renseignements médicaux et financiers.

Je comprends que les échanges par courriel ne constituent pas une forme de communication sûre et que la confidentialité et la sécurité ne peuvent être assurées.

Je comprends que mon consentement peut être révoqué ou modifié, y compris tout changement d'adresse courriel à laquelle les documents sont livrés, en tout temps en avisant la Financière SISIP ou Manuvie. OUI  NON

#### 7. 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 : **8. 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 **9. COUVERTURE DU MILITAIRE (Si le montant total de la couverture demandé est supérieur à 100 000 \$, voir le bloc 1 à la page 1)**

La couverture est offerte en tranches de 10 000 \$, jusqu'à un maximum de **100 000 \$**.

<b>\$</b>	<b>+</b>	<b>\$</b>	<b>=</b>	<b>\$</b>	<b>÷ 10 000 \$ =</b>	<b>[ ]</b>	<b>×</b>	<b>[ ]</b>	<b>=</b>	<b>\$</b>
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 a obtenu une couverture en vertu du présent contrat collectif n° 901102 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 peut 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 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 numéro de téléphone				

La nomination d'un fiduciaire n'est pas permise au Québec.

**10. COUVERTURE DU CONJOINT (Si le montant total de couverture demandé est supérieur à 100 000\$, voir le bloc 1 à la page 1)**

L'assurance vie est offerte en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de **100 000 \$**.

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

**Nota 1 :** Le premier bénéficiaire de l'ACFT/RATR – 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 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				

La nomination d'un fiduciaire n'est pas permise au Québec.

## 11.(À compléter uniquement par les Réservistes lors de la demande RATR) ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

J'autorise Manuvie à prélever, jusqu'à ce que moi-même ou mon représentant dûment autorisé lui fassons parvenir un avis d'annulation par écrit, tous les paiements de primes (« paiements ») exigibles relatives à la couverture, du compte identifié sur le chèque annulé ou du compte bancaire que j'ai indiqué sur le présent formulaire (tous deux désignés dans la présente comme le « compte »), selon le cas, le ou environ le premier jour ouvrable du mois ou le 15<sup>e</sup> jour ouvrable du mois, s'il y a lieu, chaque mois durant lequel les primes sont exigibles. Je comprends et j'accepte également que Manuvie ou moi-même pouvons, à tout moment en faisant parvenir un avis par écrit, mettre fin au prélèvement automatique des paiements de mon compte, auquel cas Manuvie aura le droit d'exiger un autre mode de paiement qu'elle juge acceptable. Les modalités de cet accord de débit (DPA) préautorisé s'appliqueront au compte que j'ai désigné dans la présente et à tout autre compte que je choisis de désigner à l'avenir, et demeureront en vigueur pendant la durée de ma couverture ou jusqu'à ce que je la révoque par écrit. J'accepte que si j'ai demandé à Manuvie d'effectuer des prélèvements sur mon compte bancaire en vertu d'un DPA, soit un transfert électronique de fonds, j'autorise la banque ou toute autre institution financière que j'ai nommée à respecter mes directives. Je comprends que j'ai certains recours si le prélèvement n'est pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, j'ai droit à un remboursement de tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente autorisation.

Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.paiements.ca](#).

Si la Financière SISIP ou Manuvie tente de prélever des fonds plus de deux fois sans succès sur une période de douze (12) mois, celle-ci peut mettre fin au DPA et exiger du soussigné qu'il verse à l'avance le montant de la prime annuelle.

### VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS :

1. Type de compte :  chèque ou  épargne ET  personnel ou  d'affaires

2. Jour du mois où le prélèvement sera effectué :  1<sup>er</sup> du mois  15 du mois

3. Nom des titulaires tels qu'ils apparaissent dans les dossiers bancaires :

--	--

4. Signature du titulaire du compte telle qu'elle apparaît dans les dossiers bancaires :

	jj	mm
--	----	----

5. Signature du deuxième titulaire du compte telle qu'elle apparaît dans les dossiers bancaires s'il s'agit d'un compte conjoint :

	jj	mm
--	----	----

6. N° de la banque (3 chiffres) : \_\_\_\_\_ N° de la succursale (jusqu'à 5 chiffres) : \_\_\_\_\_

N° de compte (7-12 chiffres) : \_\_\_\_\_ ; ou joindre un chèque ANNULÉ ou un formulaire de DPA de la banque.

## 12. DÉCLARATION

En apposant votre signature au bloc signature (bloc 13) de la présente demande, vous confirmez être en accord avec les énoncés suivants :

- Je comprends et je déclare que, afin d'être admissible à la couverture de 100 000 \$ à titre d'employé sans remplir de questionnaire médical, **je dois être en bonne santé et n'avoir aucun trouble physique ou mental qui m'empêche d'effectuer mon travail de façon régulière**;
- Je déclare qu'un assureur ou une autre entité quelconque ne m'a jamais refusé une couverture ou n'a jamais reporté une couverture pour laquelle j'ai fait demande ou fait l'objet d'une demande;
- Je comprends que, si la présente demande est approuvée, aucun montant maximal sans preuve d'assurabilité ne sera versé en vertu d'une assurance vie facultative pour employés quelconque en cas du décès d'un employé attribuable directement ou indirectement à une affection « préexistante » pendant les vingt-quatre (24) premiers mois de la couverture d'assurance;
- Une affection « préexistante » signifie une maladie ou une blessure en raison de laquelle, pendant les vingt-quatre (24) mois précédant la date à laquelle l'assurance de l'employé aux termes du présent régime est entrée en vigueur, ou la date la plus récente à laquelle l'assurance d'un tel employé a été rétablie, selon le cas, l'employé a manifesté des signes ou des symptômes, reçu des traitements médicaux, des soins ou des services (incluant des tests de diagnostic), a consulté un médecin ou un praticien de la santé ou a reçu des médicaments; ou en raison de laquelle un individu prudent aurait demandé de recevoir des traitements dans les vingt-quatre (24) mois précédant la date à laquelle l'assurance de l'employé aux termes du présent régime est entrée en vigueur.

## 13. SIGNATURE (à lire et signer pour toutes les demandes)

**Nota 1 :** Pour plus de renseignements quant à la façon de remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec la Financière SISIP au 1-800-267-6681.

**Nota 2 :** Veuillez faire parvenir votre demande remplie à l'adresse suivante :

Demande d'adhésion au RATR : [SISIP.RATR@SBMFC.COM](mailto:SISIP.RATR@SBMFC.COM)  
Demande d'adhésion à l'ACFT : [SISIP.ACFT@SBMFC.COM](mailto:SISIP.ACFT@SBMFC.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 ou morales possédant des renseignements personnels à mon sujet, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, des agences d'enquête et de crédit et de toute personne physique ou morale 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 physiques ou morales précisées 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

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 : Initiales : \_\_\_\_\_ OUI ou \_\_\_\_\_ NON

jj  mm  aaaa

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 : Initiales : \_\_\_\_\_ OUI ou \_\_\_\_\_ NON

**Nom du conjoint (en caractères d'imprimerie)**

**Signature du conjoint**

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

NM :

**14. 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.**

<i>Nom</i>	<i>Succursale</i>		
<i>Signature</i>	<i>jj mm aaaa</i>		

**Avez-vous rempli  
une Analyse des besoins  
en assurance? Initialles :**

**OUI**  **NON**

#### **15. AUTORITÉ APPROBATRICE** (Réservé à la Financière SISIP ou à Manuvie)

**La couverture d'assurance  
du militaire est :** Annulée  Refusée  Approuvée

**La couverture d'assurance du conjoint est :** Annulée  Refusée  Approuvée

<b>La couverture actuelle en vigueur est:</b>	AIP <input type="checkbox"/>	ARS <input type="checkbox"/>	ACFT - M <input type="checkbox"/>	ACFT (C) <input type="checkbox"/>	RAOG (couverture de base) <input type="checkbox"/>	RAOG (couverture facultative) <input type="checkbox"/>
			RATR - M <input type="checkbox"/>	RATR (C) <input type="checkbox"/>	RAOG Rés (couverture de base) <input type="checkbox"/>	RAOG Rés (couverture facultative) <input type="checkbox"/>

### Renseignements sur la délégation de solde