

Transformation de la couverture d'assurance vie

1. 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"/>
App, Numéro, Rue				Ville	
Province	Code postal	Adresse courriel			
Date d'enrôlement (jj-mm-aaaa)	Date de libération (jj-mm-aaaa)	N° de téléphone primaire/jour		N° de téléphone secondaire/soirée	

2. DIRECTIVES POUR TRANSFORMER LA COUVERTURE

Nota 1 : Consulter le formulaire de demande au SISIP.com pour connaître les taux. La taxe de vente pourrait s'appliquer.

Nota 2 : La couverture est offerte en tranches de 10 000 \$, jusqu'à un maximum de 1 200 000 \$.

Nota 3 : Si vous êtes transféré à la Réserve supplémentaire, veuillez transférer la couverture à l'assurance pour les membres libérés (AML).

J'autorise par la présente les changements suivants (cocher toutes les options qui s'appliquent) :

Militaire	<input type="checkbox"/> Transférer le plein montant de la couverture d'assurance vie en vigueur au régime suivant :	<input type="checkbox"/> ACFT	<input type="checkbox"/> RATR	<input type="checkbox"/> AML
	<input type="checkbox"/> Transférer un montant réduit de la couverture d'assurance vie en vigueur; _____ au régime suivant :			
Conjoint	<input type="checkbox"/> Transférer le plein montant de la couverture d'assurance vie en vigueur au régime suivant :	<input type="checkbox"/> ACFT	<input type="checkbox"/> RATR	<input type="checkbox"/> AML
	<input type="checkbox"/> Transférer un montant réduit de la couverture d'assurance vie en vigueur; _____ au régime suivant :			

3. RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT

Numéro matricule (NM)		Numéro de carte UneFC		Grade	
Nom de famille		Prénom		Initiales	
				Date de naissance (jj-mm-aaaa) H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – MILITAIRE OU MILITAIRE RÉPUTÉ

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 1) et le conjoint (bloc 3) 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 %.

À titre de titulaire du certificat, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, 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	
<input type="checkbox"/> PREMIER			jj	mm	aaaa	
<input type="checkbox"/> EN SOUS-ORDRE			jj	mm	aaaa	
FIDUCIAIRE/ TUTEUR	Adresse et N° de téléphone					

5. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – CONJOINT

Nota 1 : Le premier bénéficiaire est toujours le militaire dont le nom est indiqué au bloc 1 (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 %.

À titre d'assuré, j'annule par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire faite en vertu du contrat collectif n° 901102, 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	
<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					

6. OPTIONS DE PAIEMENT

Veillez cocher l'option de paiement désirée, fournir les renseignements exigés et apposer votre signature et la date à l'endroit indiqué.

☐ **Option 1 :** Retenue sur la solde (Membres de la Force régulière seulement)

☐ **Option 2 :** Retenue sur la pension N° de pension :

Par la présente, j'autorise Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC) de prélever les primes mensuelles connexes de ma pension en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC).

☐ **Option 3 :** Accord de débit préautorisé (DPA).

Les membres actifs et libérés doivent joindre un chèque ANNULÉ ou un formulaire portant le timbre de la banque au DPA ou fournir les renseignements requis. Tant que l'accord de DPA est en vigueur, la Financière SISIP ou Manuvie n'est pas tenue de m'informer lorsque les primes sont exigibles. Toutes les dispositions du contrat collectif n° 901102 relatives au paiement ou au non-paiement des primes s'appliquent au DPA.

La Financière SISIP peut changer les taux de temps à autre, et cette autorisation de prélever les primes mensuelles connexes demeure en vigueur jusqu'à ce que la Financière SISIP ou moi-même la révoquions par écrit. Ce préavis doit être reçu au moins vingt (20) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement.

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.paielements.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.

Veillez fournir les renseignements ci-dessous :

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

2. Jour du mois du prélèvement : ☐ 1^{er} du mois ☐ 15 du mois

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4. Signature des déposants telle qu'elle apparaît dans les dossiers bancaires :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. 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.**

☐ **Option 4 :**

Je recevrai une facture chaque année, et par la suite, j'envoierai soit un chèque, une traite de banque ou un mandat payable à Manuvie au montant total de la prime annuelle.

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

Nota 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 :

- 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;
- à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes précisés au paragraphe (a);
- à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une copie de cette déclaration a la même portée juridique que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Je comprends que ma nouvelle couverture d'assurance vie est sujette à l'approbation de la Financière SISIP ou Manuvie. Par conséquent, je n'entreprendrai AUCUNE démarche en vue de terminer une des couvertures d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande.

J'autorise par la présente les déductions nécessaires de mon compte de solde aux fins du paiement de mes primes de la Financière SISIP aux taux en vigueur ou à tout autre taux autorisé ultérieurement.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, ou de la législation provinciale équivalente, et vous seront fournis sur demande.

Nom du militaire (en caractères d'imprimerie)

Signature du militaire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

8. DIRECTIVES RELATIVES À L'ENVOI

Si vous avez choisi la retenue sur la solde (option 1), veuillez retourner le formulaire à l'adresse suivante :

Financière SISIP
4210, rue Labelle
Ottawa, ON K1A 0K2

Si vous avez choisi l'option de paiement 2, 3 ou 4, veuillez retourner le formulaire à l'adresse suivante :

Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie
C. P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive
Halifax, NS B3J 2X5

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

Nom	Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Succursale
-----	-----------	----------------------	----------------------	----------------------	------------

10. RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP – RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉLÉGATION DE SOLDE

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

Traité par

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------