



Désignation/changement de bénéficiaire



Contrat collectif n° 901102

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>				()
Adresse postale				Numéro de téléphone à domicile
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	()
Ville	Province	Code postal	N° de tél. travail/cell./téléavertisseur (encercler)	

2. COUVERTURE D'ASSURANCE

- A. Assurance collective facultative temporaire (ACFT) - Membre Conjoint
- B. Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)-Membre Conjoint
- C. Couverture après la libération (CAL) - Membre Conjoint
- D. Assurance pour membres libérés (AML) - Membre Conjoint
- E. Autres (SVP précisez) : _____

3. COUVERTURE DU MEMBRE—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Par la présente, en tant que titulaire de l'attestation d'assurance, je révoque toute désignation de bénéficiaire que j'aie fait aux termes des options d'assurance vie indiquées ci-dessus, et je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s). La désignation de bénéficiaire ci-dessous est révocable à moins de stipulation contraire.

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier				%
Premier				%
Premier				%

A noter : La désignation du conjoint en tant que bénéficiaire aux termes des options de l'assurance vie, faite par un militaire qui a adhéré au régime pendant qu'il demeurait dans la province de Québec, pourrait être irrévocable, à moins de stipulation contraire, et dans ce cas, ne pourra être modifiée qu'avec le consentement écrit du dit conjoint. Si cela s'applique à votre cas, votre conjoint doit remplir et signer un formulaire « Renoncement du bénéficiaire ».

Si le(s) premier(s) bénéficiaire(s) est/sont décédé(s) :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%

*En ce qui concerne l'(les) enfant(s) mineur(s) susmentionné(s), je nomme le(s) fiduciaire(s) suivant(s). Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du/des fiduciaire(s). **Si les enfants sont majeurs, indiquez NR.**

Fiduciaire(s) : _____

4. COUVERTURE DU CONJOINT—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (S)

Mêmes bénéficiaires en sous-ordre et Fiduciaire(s) que le membre, ou

Par la présente, en tant que titulaire de l'attestation d'assurance, je révoque toute désignation de bénéficiaire que j'aie fait aux termes des options d'assurance vie indiquées ci-dessus, et je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s). La désignation de bénéficiaire ci-dessous est révocable à moins de stipulation contraire.

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier	Toujours le membre, sauf si indiqué autrement	Membre		100 %

Si le(s) premier(s) bénéficiaire(s) est/sont décédé(s) :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien avec le titulaire de l'attestation d'assurance	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%

Fiduciaire(s) : _____

5. SIGNATURE

Déclaration et autorisation du requérant

- J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
- J'autorise les Services financiers du RARM et à 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.
- 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 citées 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 retourner le formulaire aux : Services financiers du RARM, Quartier général de la Défense nationale, 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2 ou pour RATR, CAL ou AML retourner à : La Financière Manuvie, Services des RARM, CP 1030, 2727, Joseph Howe Drive, Halifax NS B3J 2X5

Réservé aux SF RARM

Vérfié par : _____
Jour Mois Année