Changement de statut de fumeur à non-fumeur

Contrat collectif 901102

1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro matricule (NM) | Grade | Nom de famille | Prénom | Initiales

Adresse postale

Case postale, route rurale, etc.

Ville | Province | Code postal

( ) Numéro de téléphone à domicile

( ) Nº de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)

COCHER UNE CASE SEULEMENT :

- ☐ Force régulière
- ☐ Libéré
- ☐ Réserviste

2. STATUT DE FUMEUR À NON-FUMEUR

Avez-vous fumé une cigarette au cours des 12 derniers mois? Membre : ☐ Oui ☐ Non Conjoint : ☐ Oui ☐ Non

**Vous n'avez pas à nous informer si vous recommencez à fumer, à moins que vous apportiez des changements à votre couverture.

3. REMBOURSEMENT DES PRIMES—S'APPLIQUE AUX COUVERTURES ACFT DE LA FORCE RÉGULIÈRE SEULEMENT

S'il y a un changement à la situation de fumeur à non-fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez cessé de fumer. Le remboursement des primes pour les non-fumeurs est limité à un maximum de trois ans à partir de la date de réception de la demande. Une personne assurée devient admissible à ce remboursement un an après avoir cessé de fumer.

Veuillez inscrire la date à laquelle vous avez fumé votre dernière cigarette?

Membre : Jour Mois Année

Conjoint : Jour Mois Année

4. SIGNATURE(S)

Déclaration et autorisation du requérant

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 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 (Obligatoire) | Jour Mois Année

Signature du conjoint (Obligatoire si le conjoint a cessé de fumer) | Jour Mois Année

Pour membres des Forces canadiennes, veuillez retourner le formulaire aux :

Services financiers du RARM
Quartier général de la Défense nationale
4210, rue Labelle
Ottawa ON K1A 0K2

Pour membres de la Force de Réserve et membres à retraites, veuillez retourner le formulaire à :

La Financière Manuvie
Services Financiers du RARM
2727, Joseph Howe Drive
CP 1030
Halifax NS B3J 2X5

5. AUTORITÉ APPROBATRICE

- ☐ Remboursement approuvé
- ☐ Remboursement refusé

Président du RARM

Jour Mois Année

6. AVIS DE DÉLÉGATION DE SOLDE (RÉSERVÉ AUX SF RARM)

Code de délégation de solde	Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde	Prime	Nº de bordereau

Traité par :

Jour Mois Année