



# Demande de résiliation de la protection

Contrats collectifs 901102 et 901107



**SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC VOTRE REPRÉSENTANT DES SERVICES FINANCIERS DU RARM (SF RARM) AU 1 800 267-6681 OU AVEC LA FINANCIÈRE MANUVIE AU 1 800 565-0701**

## 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"/>			<input type="text"/>	
Adresse postale			Numéro de téléphone à domicile	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Case postale, route rurale, etc.			N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Ville	Prov.	Code postal		

## 2. CETTE DEMANDE EST SOUMISE EN VUE DE RÉSILIER LES COUVERTURES SUIVANTES : (Cocher les cases pertinentes)

- |   |  |
|---|--|
| A. Assurance collective facultative temporaire (ACFT) - Membre <input type="checkbox"/> Conjoint * <input type="checkbox"/> | E. Assurance revenu aux survivants (ARS/AVPC) <input type="checkbox"/>       |
| B. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) - Membre <input type="checkbox"/> Conjoint * <input type="checkbox"/> | F. Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) <input type="checkbox"/> |
| C. Couverture après la libération (CAL) - Membre <input type="checkbox"/> Conjoint * <input type="checkbox"/>               | * Nom du conjoint/conjoint précédente assuré : _____                         |
| D. Assurance pour membres libérés (AML) - Membre <input type="checkbox"/> Conjoint * <input type="checkbox"/>               |  |

J'ai bien compris, ou on m'a expliqué, les aspects juridiques liés à l'annulation de ma couverture d'assurance vie, tels que les suivants, sans toutefois s'y limiter :

- les protections du RARM ne comportent aucune clause d'exclusion du risque de guerre ou de terrorisme;
- je devrais adhérer au régime d'assurance d'un autre assureur avant de résilier la couverture du RARM;
- mon conjoint ou moi-même devons fournir des preuves médicales afin de souscrire une assurance vie du RARM à l'avenir;
- la limite d'âge pour présenter une nouvelle demande d'adhésion;
- les répercussions financières possibles sur ma famille si je n'ai pas de protection.

### IMPORTANT — S'APPLIQUE AUX COUVERTURES D'ASSURANCE VIE SEULEMENT :

Je reconnais aussi que si je change d'avis, l'assurance sera remise en vigueur seulement si je présente une demande en bonne et due forme dans les 30 jours après avoir soumis ce formulaire, et je dois m'acquitter des primes pour la période où la couverture était annulée. Si plus de 30 jours se sont écoulés, je dois remplir un questionnaire médical et la couverture sera tarifiée en fonction des risques médicaux. Je comprends que l'assurance peut être refusée en raison de l'état de santé de la personne assurée.

- F. Assurance invalidité prolongée (AIP) - volontaire seulement

Je reconnais qu'une fois ce formulaire signé et remis, je ne suis plus admissible aux prestations suivantes si je suis libéré pour des raisons médicales (motif 3A/B) :

- 75 % de ma solde au moment de la libération, moins les prestations reçues en vertu de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC), du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou celles que je reçois ou que les personnes à ma charge touchent en vertu de la *Loi sur les pensions* (LP);
- le Programme de réadaptation professionnelle (PRP).

- G. Régime d'assurance invalidité pour les conjoints (RAIC) - Conjoint  Membre libéré  Nom du conjoint assuré : \_\_\_\_\_

## 3. SIGNATURE

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 \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Représentant du FS RARM <input type="checkbox"/> ou le Point de contact <input type="checkbox"/>	Jour _____ Mois _____ Année _____

## 4. AUTORITÉ APPROBATRICE—RÉSERVÉ AUX SF RARM ou à la FINANCIÈRE MANUVIE

L'assurance vie actuellement en vigueur :  CAL  AML  ACFT  RATR

ARS  MEMBRE :  \$ CONJOINT :  \$ RAOG (base)  RAOG (facultatif)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année	Assureur de groupe, la Financière Manuvie

OU

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour	Mois	Année	Assureur de groupe, la Financière Manuvie

## 5. RÉSERVÉ AUX SF RARM

S185  S2  S3  S4  S5  SEB  SEO

### AVIS DE DÉLÉGATION DE SOLDE

Code de la délégation de solde	Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde	Prime	N° du bordereau	Traité par: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jour _____ Mois _____ Année _____