Services financiers RARM SISIP Financial Services

Financière Manuvie

Diminution de la couverture

Contrat collectif nº 901102

Effacer Imprimer

1. RENSEIGNEMENTS DU TITULAIRE DU CERTIFICAT

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

Adresse postale | ( ) Numéro de téléphone à domicile

Case postale, route rurale, etc. | ( ) Nº de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)

Ville | Province | Code postal | Adresse courriel

2. DIMINUTION DE LA COUVERTURE

Veuillez indiquer ci-dessous, le type du couverture et le **nouveau montant total** désirés :

A. Assurance collective facultative temporaire (ACFT) ☐
B. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) ☐
C. Couverture après la libération (CAL) ☐
D. Assurance pour membres libérés (AML) ☐

Membre: $ _____ Conjoint: $ _____

Veuillez noter que si vous voulez changer de bénéficiaire, vous devez remplir et retourner le formulaire SISIP FS Ins 11F—Désignation/changement de bénéficiaire.

3. SIGNATURE

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 | Jour Mois Année | Signature du conjoint (obligatoire si un(e) ex-conjoint(e)) | Jour Mois Année

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

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

MEMBRE : $ CONJOINT : $

Jour Mois Année | SF RARM | OU | Jour Mois Année | Assureur de groupe, la Financière Manuvie

5. RÉSERVÉ AUX SF RARM

S3 S4

AVIS DE DÉLÉGATION DE SOLDE

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

Traité par : _____

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, 2727, Joseph Howe Drive, CP 1030, Halifax NS B3J 2X5