



# Déclaration de séparation ou de réconciliation

Contrat collectif n° 901102



## DIRECTIVES

### À remplir seulement par les membres ayant l'Assurance revenu aux survivants (ARS)

Lorsqu'un membre : 1) déclare être séparé ou divorcé de son conjoint ou 2) se réconcilie avec son conjoint.

(Aux fins des SF RARM, un « conjoint » désigne une personne mariée à un membre dans le cadre d'une cérémonie civile ou religieuse, ou une personne vivant en union de fait avec le membre.)

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE 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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                   | ( )                  |
| Adresse postale                         |                      |                      | Numéro de téléphone à domicile                         |                      |
| <input type="text"/>                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | ( )  |                      |
| Ville                                   | Province             | Code postal          | N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler) |                      |
| Adresse courriel : <input type="text"/> |                      |                      |  |                      |

## 2. DÉCLARATION DE SÉPARATION

- A. Je suis  séparé  divorcé de mon conjoint, \_\_\_\_\_, et;  
(nom)
- B. Nous vivons séparément depuis le ou environ le \_\_\_\_\_, et;  
(jour/mois/année)
- C. Mon conjoint n'est plus à ma charge ni le bénéficiaire des prestations de l'Assurance revenu aux survivants (ARS) du RARM, et je nomme l'(les) enfant(s) à ma charge ci-dessous en tant que bénéficiaire(s) de ces prestations.

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

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

Fiduciaire(s) : \_\_\_\_\_

Nota : 1) La présentation du formulaire SISIP FS INS 3F, « Déclaration d'union de fait », annulera cette nomination.

2) La désignation d'un conjoint en tant que bénéficiaire d'une couverture d'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 par le militaire. Dans un tel cas, la désignation 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 » (SISIP FS INS Annexe de 11F).

## 3. DÉCLARATION DE RÉCONCILIATION

- A. Je me suis réconcilié avec mon conjoint, \_\_\_\_\_; et  
(nom)
- B. Nous vivons ensemble depuis une période supérieure à 30 jours qui a débuté le ou vers le \_\_\_\_\_; et  
(jour/mois/année)
- C. Cette personne est mon conjoint et bénéficiaire des prestations de l'Assurance revenu aux survivants (ARS) du RARM.

## 4. SIGNATURE

### Déclaration et autorisation du requérant

- Je certifie par la présente que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
- J'autorise les Services financiers du RARM, La Financière Manuvie ou ses réassureurs à recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi aux 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, La Financière Manuvie et ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi aux personnes ou organisations indiquées 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 à : Services financiers du RARM, Quartier général de la Défense nationale, 234, avenue Laurier Ouest, Ottawa ON K1A 0K2