



Déclaration du requérant concernant le décès Contrat collectif n° 901102

N° de la demande _____
(Réservé à la Financière Manuvie)

1. Genre de réclamation (Cocher la case appropriée)	2. Personne décédée (Cocher la case appropriée)
<input type="checkbox"/> Assurance collective facultative temporaire (ACFT) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) <input type="checkbox"/> Assurance-vie des personnes à charge (AVPC) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) <input type="checkbox"/> Régime de service après la retraite (RSAR) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM) <input type="checkbox"/> Couverture après la libération (CAL) <input type="checkbox"/> Assurance pour membres libérés (AML) <input type="checkbox"/> Certificat d'assurance libérée	<input type="checkbox"/> Membre actif <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant/personne à charge <input type="checkbox"/> Membre retraité <input type="checkbox"/> Conjoint précédente

3. Renseignements du titulaire du certificat		
Numéro matricule (NM) :	Nom de famille :	Prénom :
Adresse :		
Adresse électronique :		
N° de téléphone à domicile :	Numéro de téléphone au travail : (s'il y a lieu)	
Votre conjoint était-il un membre actif des Forces canadiennes?		
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du conjoint : _____ Numéro matricule (NM) : _____		

4. Renseignements de la personne décédée		
Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : _____ <small style="text-align: right;">Jour Mois Année</small>
Adresse au moment du décès : <input type="checkbox"/> Identique à celle du titulaire du certificat. Sinon, veuillez la fournir :		
Lieu de décès :	Date du décès : _____ <small style="text-align: right;">Jour Mois Année</small>	
Cause du décès : (Dans le cas d'un enfant mort-né, prière d'indiquer le poids et le nombre de semaines dans la grossesse)		
Si la maladie est la cause du décès :		
A) Quand la personne décédée s'est-elle plainte d'une maladie ou a-t-elle présenté des symptômes pour la première fois?		
B) Quand la personne décédée a-t-elle consulté un médecin pour la première fois en raison d'une maladie?		

Déclaration du requérant concernant le décès (suite)

Numéro matricule (NM)

5. Renseignements du médecin de la personne décédée

Nom et adresse de tous les médecins, autres que les médecins militaires, qui ont traité la personne décédée au cours des trois dernières années :

Nom	Adresse
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6. À remplir seulement s'il s'agit d'une demande relative à l'assurance vie des personnes à charge.

La personne à charge :

était-elle étudiante? Non Oui À plein temps À temps partiel

était-elle mariée? Non Oui

dépendait-elle de vous financièrement? Non Oui

avait-elle un emploi? Non Oui À plein temps À temps partiel

7. Renseignements du requérant

Nom de famille :		Prénom :	
NAS	Numéro de téléphone à domicile :		Numéro de téléphone au travail :
Adresse :			
Lien de parenté avec la personne décédée :		Montant réclamé : _____ \$	
Date de naissance : _____			
	_____	_____	_____
	Jour	Mois	Année

8. Signature du requérant

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. Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité de la part des Services financiers du RARM ou de la Financière Manuvie;
- c. J'autorise les Services financiers du RARM et à la Financière Manuvie ou ses réassureurs de recueillir seulement les renseignements nécessaires des médecins, des hôpitaux, des commissions des pensions, des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur la personne décédée pour les fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations;
- d. 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 la personne décédée à ces mêmes personnes ou organisations mentionnées au paragraphe c.

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. Une photocopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'original.

Daté à _____ le _____ jour de _____ 20 ____.

Témoïn _____ Requérant _____

9. Représentant des SF RARM qui a aidé à remplir ce formulaire

Nom

Date