CONGÉ SANS SOLDE (CSS)

Contrat collectif nº 901102

Financière Manuvie

Effacer Imprimer

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

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. CSS (DURÉE, RAISON ET PRIMES À PAYÉE)

CE FORMULAIRE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR LE CONGÉ DE MATERNITÉ OU PARENTAL.

Du: _____ au: _____

Raison: _____

(P. ex. : études, accompagnement du conjoint en affectation)

Prime payée directement à l'assureur (LA FINANCIÈRE MANUVIE) _____ $ Cette prime est pour _____ mois de couverture.

(Le service de transfert électronique de fonds (TEF) n'est pas disponible.)

3. CESSATION DE(S) DÉLÉGATION(S) DE SOLDE — Commencement du CSS

Type de garantie	Délégation(s) de solde	Montant $	À compter du :
AIP			
ARS/AVPC			
ACFT-membre			
ACFT-conjoint			
RAIC			

4. REPRISE DE(S) DÉLÉGATION(S) DE SOLDE — Fin du CSS

Type de garantie	Délégation(s) de solde	Montant $	À compter du :
AIP			
ARS/AVPC			
ACFT-membre			
ACFT-conjoint			
RAIC			

5. SIGNATURE

Déclaration et autorisation du requérant

a. Je certifie par la présente que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
b. 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;
c. 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 joindre le paiement des primes au présent formulaire dûment rempli et envoyer à :

Original : La Financière Manuvie, Services du RARM, 2727 Joseph Howe Drive, C.P. 1030, Halifax, NS B3J 2X5

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

Troisième copie : Retenue par le membre.