



**Couverture après la libération (CAL)/  
Assurance pour membres libérés (AML)  
Formulaire des options exclusives  
Contrat collectif n° 901102**

**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	Province	Code postal	Adresse courriel	

**2. RENSEIGNEMENTS DU CONJOINT**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de famille du conjoint ou de l'ex-conjoint	Prénom	Initiales

**3. OPTION 1 — CONSERVER LA CAL**

Je choisis de conserver ma protection en vertu de la Couverture après la libération. Je ne veux transformer aucune partie de ma protection CAL actuelle en AML. Je suis au courant du fait que les primes de la Couverture après la libération ont été modifiées à compter du 1<sup>er</sup> mars 2006.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Jour Mois Année

**4. OPTIONS 2 ET 3 — ADHÉRER AU RÉGIME AML OU NE TRANSFORMER QU'UNE PARTIE DE LA CAL**

Membre assuré — Transformer le plein montant : _____ ou Transformer une partie du montant : _____	Conjoint assuré — Transformer le plein montant : _____ ou Transformer une partie du montant : _____
--	--

Si vous transformez une partie ou la totalité de votre couverture en AML, vous devez remplir la Désignation de bénéficiaire ci-dessous. Les bénéficiaires de toute CAL non transformée en AML demeurent les mêmes.

**5. COUVERTURE DU MEMBRE—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**

Par la présente, à titre de titulaire du certificat d'assurance, je désigne la/les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de mon AML. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.  
 À noter : La désignation du conjoint comme bénéficiaire de l'assurance vie, faite par un participant qui a adhéré au régime pendant qu'il demeurait dans la province de Québec, pourrait être irrévocable, à moins de stipulation contraire, et dans ce cas, ne pourra être modifiée qu'avec le consentement écrit dudit conjoint. Si cela s'applique à votre cas, votre conjoint doit remplir et signer le bloc 7 « Renonciation du bénéficiaire ».

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier				%
Premier				%
Premier				%

Dans le cas du décès des premiers bénéficiaires :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%

\*En ce qui concerne les enfants mineurs susmentionnés, je nomme le(s) fiduciaire(s) suivant(s) qui recevront toute prestation aux termes de mon régime. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des fiduciaires ainsi que le lien de parenté avec ceux-ci. **Si les enfants sont majeurs, veuillez indiquer « s.o. ».**

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

Numéro matricule (NM) : \_\_\_\_\_

**6. COUVERTURE DU CONJOINT—DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**  Mêmes bénéficiaires en sous-ordre et fiduciaires que le membre, ou

Par la présente, à titre de titulaire du certificat d'assurance, je désigne la/les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de mon AML. Cette désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
Premier	Toujours le membre, sauf si indiqué autrement	Membre		100 %

Dans le cas du décès des premiers bénéficiaires :

	Nom (au complet) des personnes ou institutions	Lien de parenté avec le titulaire du certificat	Si enfants mineurs, indiquez la date de naissance* Jour/Mois/Année	Pourcentage des prestations (Indiquez si « parts égales »)
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%
En sous-ordre				%

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

**7. RENONCIATION DU BÉNÉFICIAIRE (Prière de voir la note au bloc 5)**

Par la présente, à titre de bénéficiaire actuel de la protection d'assurance vie Couverture après la libération en vertu de la police n° 901102, je renonce à tout droit, titre et avantage accordé au bénéficiaire pour la partie de la couverture que le membre transforme en AML.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de/d' \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
 Lieu Mois  
 \_\_\_\_\_  
 Témoin Bénéficiaire

**8. SIGNATURE**

**Déclaration et autorisation du requérant**

Par la présente, je choisis de transformer une partie de ma protection d'assurance vie Couverture après la libération (CAL) actuelle, tel qu'il est mentionné au bloc 4, en Assurance pour membres libérés (AML). Par conséquent, je comprends que le montant de protection CAL que j'ai choisi de transformer au moment de la signature de ce formulaire demeure en vigueur aux termes de l'AML, à moins que je ne le modifie par la suite. Je comprends également que l'AML n'est assortie d'aucune exonération de primes et ne prévoit aucun certificat d'assurance libérée, et à ce titre, toute demande que j'aie présentée aux termes de l'exonération de primes ou d'un certificat d'assurance libérée en vertu de la partie de la protection de la CAL que je choisis de transformer prend fin à la date de la réception de ce formulaire. Je comprends aussi que, si je choisis de conserver une couverture sur une personne assurée pendant la durée maximale aux termes de l'AML, cette couverture prend fin automatiquement au soixante-quinzième (75<sup>e</sup>) anniversaire de la personne assurée.

**J'atteste** que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. **J'autorise** la Financière Manuvie « Manuvie » ou ses réassureurs et les Services financiers du RARM (SF RARM) à recueillir, à utiliser, à mettre à jour et à divulguer au besoin des renseignements personnels, ci-après appelés « renseignements », se rapportant à la présente protection d'assurance pour les besoins de l'administration du régime d'assurance collective, de la tarification, de la vérification et de l'évaluation, d'enquête et de la gestion de toute réclamation présentée en vertu de cette couverture, ci-après appelées « besoins ». **J'autorise** toute personne ou organisation possédant des renseignements, y compris tout professionnel de la santé, institution ou fournisseur de soins de santé, organisme de réglementation, employeur, administrateur de régimes collectifs, assureur, organisation d'enquête et administrateur d'autres régimes d'avantages sociaux à recueillir, à utiliser, à mettre à jour et à partager tout renseignement entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et/ou ses fournisseurs de services et avec les SF RARM pour les besoins susmentionnés.

Tout renseignement fourni à Manuvie et obtenu par celle-ci conformément à cette autorisation doit être conservé dans un dossier de santé du régime d'assurance collectives. L'accès à vos renseignements est limité aux personnes suivantes :

- > les employés, les représentants, les réassureurs et les fournisseurs de services de Manuvie et les SF RARM dans l'exécution de leurs tâches;
- > les personnes à qui vous avez donné l'autorisation;
- > les personnes autorisées par la loi

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. Vous avez le droit d'accéder aux renseignements personnels dans votre dossier, et, le cas échéant, de faire corriger tout renseignement inexact.

Signature du membre \_\_\_\_\_ Jour Mois Année Signature du conjoint \_\_\_\_\_ Jour Mois Année

Veuillez retourner le formulaire rempli à la : Financière Manuvie, Services du RARM, 2727, Joseph Howe Drive, C.P. 1030, Halifax NS B3J 2X5

Réservé à la Financière Manuvie

Vérfié par : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année