

1. RENSEIGNEMENTS DU MILITAIRE

Numéro matricule (NM)		Numéro de carte UneFC		Grade	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Nom de famille		Prénom	Initiales	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date d'enrôlement (jj-mm-aaaa)	N° de téléphone primaire/jour		N° de téléphone secondaire/soirée		
App.	Numéro	Rue		Ville	
Province	Code postal		Adresse courriel		

2. SITUATION DU MILITAIRE

Force régulière Première réserve Militaire libéré

3. SITUATION DE FUMEUR/NON-FUMEUR

a) Avez-vous consommé du tabac ou des produits du tabac au cours des douze (12) derniers mois?

Militaire (M) : OUI NON

Conjoint (C) : OUI NON

b) Date la plus récente à laquelle vous avez consommé du tabac ou un produit du tabac?

jj	mm	aaaa
----	----	------

jj	mm	aaaa
----	----	------

4. SIGNATURE (à lire et signer pour toutes les demandes)

Les réponses et déclarations contenues dans la présente sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration des faits importants entraînera l'annulation de l'assurance. Par la présente, j'autorise la Financière SISIP et Manuvie ou ses réassureurs, aux fins strictes de la tarification et de la gestion de l'assurance et du règlement des prestations :

a) à ne recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels à mon sujet, à savoir d'autres assureurs, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux (MIB)*, des agences d'enquête et de crédit et de toute personne ou de tout organisme qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;

b) à ne divulguer que les renseignements personnels nécessaires qu'ils possèdent à mon sujet à ces mêmes personnes et organismes, précisés au paragraphe (a);

c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une copie de cette déclaration a la même portée juridique que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

Les renseignements donnés dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, ou de la législation provinciale équivalente, et vous seront fournis sur demande.

Nom du militaire
(en caractères
d'imprimerie)

Signature du
militaire

jj	mm	aaaa
----	----	------

Je consens à ce que l'on m'envoie des avis ou à ce que l'on communique avec moi au sujet d'autres produits ou services de la Financière SISIP : Initiales : _____ OUI ou _____ NON

Nom du conjoint
(en caractères
d'imprimerie)

Signature
du conjoint

jj	mm	aaaa
----	----	------

Je consens à ce que l'on m'envoie des avis ou à ce que l'on communique avec moi au sujet d'autres produits ou services de la Financière SISIP : Initiales : _____ OUI ou _____ NON

Requis seulement si le conjoint a cessé de consommer des produits du tabac

Nota 1 : MIB* - Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, visiter le www.mib.com.

5. DIRECTIVES RELATIVES À L'ENVOI

Membres de la Force régulière

Poster à l'adresse suivante : Financière SISIP
4210, rue Labelle
Ottawa, ON K1A 0K2

Membres de la Première réserve et militaires libérés

Poster à l'adresse suivante : Assurance vie de la Financière SISIP - Manuvie
C. P. 1030
2727 Joseph Howe Drive
Halifax, NS B3J 2X5

6. RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP

Renseignements sur la délégation de solde

Code de délégation de solde	Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde			Prime	N° de la pièce justificative	jj-mm-aaaa		
	jj	mm	aaaa					

Traité par

jj	mm	aaaa
----	----	------