

# Demande de résiliation de couverture

Contrats collectifs 901102 et 901107

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC VOTRE REPRÉSENTANT DE LA FINANCIÈRE SISIP AU 1 800 267-6681 OU AVEC MANUVIE AU 1 800 565-0701

## 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale	Numéro de téléphone à domicile		<b>USAGE DU BUREAU SEULEMENT</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Case postale, route rurale, etc.	N° de tél. : travail/portable			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ville	Prov.	Code postal		

## 2. CETTE DEMANDE EST SOUMISE EN VUE DE RÉSIPLIER LES COUVERTURES SUIVANTES : (Cocher les cases pertinentes)

A. Assurance collective facultative temporaire (ACFT) - Membre  Conjoint(e)\*  E. Assurance revenu aux survivants (ARS/AVPC)

B. Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) - Membre  Conjoint(e)\*  F. Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG)

C. Couverture après la libération (CAL) - Membre  Conjoint(e)\*  \* Nom du/de la conjoint(e)/ex-conjoint(e) assuré(e) : \_\_\_\_\_

D. Assurance pour membres libérés (AML) - Membre  Conjoint(e)\*

G. Assurance invalidité prolongée (AIP) - volontaire seulement

H. Régime d'assurance invalidité pour les conjoints (RAIC) - Conjoint(e)  Membre libéré(e)  Nom du/de la conjoint(e)/ex-conjoint(e) assuré(e) : \_\_\_\_\_

## IMPORTANT — S'APPLIQUE À TOUTES COUVERTURES D'ASSURANCE :

Cette demande de résiliation de couverture est en vigueur à compter de la date de réception de ce formulaire par la Financière SISIP ou par Manuvie, et toutes primes excédentaires au-delà de la date de résiliation seront remboursées. La soumission d'une nouvelle demande d'adhésion sera nécessaire pour obtenir une couverture à la suite de cette résiliation. Toute nouvelle demande d'adhésion sera assujettie à la souscription médicale et pourrait être refusée en raison de l'état de santé de la personne à assurer.

## 3. SIGNATURE

Par la présente, je certifie que j'ai lu et que j'accepte les termes et les conditions décrites dans ce document. Je comprends les conséquences financières possibles à la suite de la résiliation de couverture(s) indiqué(es) ci-dessus. Les renseignements soumis 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

Représentant de la Financière SISIP / Manuvie

\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

## 4. AUTORITÉ APPROBATRICE—RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP ou à MANUVIE

L'assurance vie actuellement en vigueur :  CAL  AML  ACFT  RATR  ARS  RAOG (base)  RAOG (facultatif)

MEMBRE :  \$ CONJOINT :  \$

Financière SISIP OU    Assureur de groupe, Manuvie

## 5. RÉSERVÉ À LA FINANCIÈRE SISIP

S185  S2  S3  S4  S5  SEB  SEO

### AVIS DE DÉLÉGATION DE SOLDE

Code de la délégation de solde	Date d'entrée en vigueur de la délégation de solde	Prime	N° du bordereau	Traité par: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jour Mois Année