

Assurance invalidité prolongée (AIP) de la Réserve – couverture facultative

(Offerte uniquement aux membres de la Première réserve en service de classe A ou B pendant 180 jours ou moins)

Poster à l'adresse suivante :
Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie
C. P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive
Halifax, NS B3J 2X5
1-800-565-0701 | SISIP.com

1. RAISON DE LA PRÉSENTE DEMANDE (COCHER TOUTES LES OPTIONS QUI S'APPLIQUENT)

- Demander une première couverture :**
AIP (couverture facultative)
- Augmenter la couverture :**
AIP (couverture facultative)
- Diminuer la couverture :**
AIP (couverture facultative)

2. 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	
Province		Code postal		Adresse courriel	
			Ville		

3. ASSURANCE INVALIDITÉ PROLONGÉE (AIP) – COUVERTURE FACULTATIVE POUR LE MILITAIRE

Nota 1 : Les membres de la Première réserve en service de classe A ou B pendant 180 jours ou moins, sauf s'ils ont souscrit une des couvertures d'assurance facultative, obtiendront automatiquement, sans frais, une couverture d'assurance de base équivalente à une solde présumée de 2 700 \$ lorsqu'ils sont en service autorisé et rémunéré.

Nota 2 : Les membres de la Première réserve en service de classe B pendant **plus** de 180 jours bénéficient de la couverture d'AIP selon leur taux de rémunération en vigueur, également sans frais.

1. Afin d'obtenir la couverture facultative, vous **DEVEZ** avoir répondu **OUI** aux deux questions ci-dessous.
- A. Êtes-vous membre de la Première réserve? **OUI** **NON**
- B. Êtes-vous membre de la Première réserve en service de classe A ou B pendant 180 jours ou moins? **OUI** **NON**
- Solde facultative de 3 700 \$/mois . . . Coût : 16,40 \$
- Solde facultative de 4 700 \$/mois . . . Coût : 32,80 \$
- Total de la prime mensuelle
2. Le militaire doit annexer une copie du message « Feuille de route » ou « Message d'autorisation d'emploi » et une lettre de son employeur civil indiquant son salaire annuel, ou s'il travaille à son compte, il doit produire une lettre d'un professionnel n'ayant pas de lien avec lui attestant de son revenu annuel. Le salaire annuel doit égaler ou surpasser le salaire ou le revenu présumé choisi.

4. PRIMES EXIGÉES

1. Si vous demandez **SEULEMENT** la couverture d'AIP facultative au bloc 3, vous devez joindre à votre demande un chèque ou un mandat pour le montant **total de la prime annuelle** payable à Manuvie selon le bloc 5. Dorénavant, vous recevrez une facture chaque année.
2. Si vous demandez la couverture d'AIP facultative (présent formulaire) ET la couverture d'assurance vie (en remplissant le formulaire Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR) (21F), vous avez le choix de payer le **total de la prime mensuelle** comme indiqué au bloc 5 au moyen de « l'accord de débit préautorisé (DPA) en remplissant le bloc 11 du formulaire 21F ou en remettant un chèque ou un mandat à Manuvie pour le **total de la prime annuelle** conformément au bloc 5. Si vous préférez, vous pouvez autoriser que le **total de la prime mensuelle** soit prélevé de votre pension des FAC en remplissant le formulaire Autorisation de retenue sur la pension – LPRFC (ML03F).

5. SOMMAIRE DES PRIMES EXIGÉES (VOIR LE BLOC 3)

Je choisis de verser les primes :

- a. mensuellement selon « l'accord de débit préautorisé (DPA) » en remplissant le bloc 11 du 21F;
- b. mensuellement en remplissant le formulaire Autorisation de retenue sur la pension – LPRFC (ML03F);
- c. annuellement par chèque ou mandat pour le **total de la prime annuelle** (bloc 5), payable à Manuvie 60 jours après la date de ma libération. Dorénavant, je veux qu'on m'envoie une facture chaque année.

Couverture d'AIP facultative, bloc 3B =

Total de la prime mensuelle	<input type="text"/>
Total de la prime mensuelle x 12 mois = Total de la prime annuelle	<input type="text"/>

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

Nota 1 : *Bureau de renseignements médicaux (MIB) – Pour connaître la démarche à prendre pour obtenir l'information dans votre dossier ou pour y apporter des corrections, veuillez visiter le www.mib.com.
Nota 2 : Pour plus de renseignements quant à la façon de remplir ce formulaire ou concernant le régime d'AIP de la Force de réserve ou le Régime d'assurance temporaire de la Réserve, veuillez communiquer avec l'Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie au 1-800-565-0701 (au 902-453-4300 à Halifax), ou avec la Financière SISIP au 1-800-267-6681.
Nota 3 : Veuillez faire parvenir votre demande remplie à l'adresse suivante : Assurance vie de la Financière SISIP – Manuvie, C. P. 1030, 2727 Joseph Howe Drive, Halifax, NS B3J 2X5.

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 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.

Je comprends que ma nouvelle couverture d'assurance vie est sujette à l'approbation de la Financière SISIP ou Manuvie. Par conséquent, je n'entreprendrai AUCUNE démarche en vue de terminer une des couvertures d'assurance vie en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande.

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

<input type="text"/>	<i>jj</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>
----------------------	-----------	-----------	-------------

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

<input type="text"/>	<i>jj</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>
----------------------	-----------	-----------	-------------

La signature du conjoint est nécessaire seulement pour demander une première couverture ou augmenter une couverture existante.

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

7. CONSEILLER DE LA FINANCIÈRE SISIP qui a assisté à la préparation ou à la révision de ce formulaire.

Envoyer le formulaire immédiatement à la Financière SISIP dès la présente section remplie.

Nom <input type="text"/>	Succursale <input type="text"/>
Signature <input type="text"/>	<i>jj</i> <i>mm</i> <i>aaaa</i>

Avez-vous rempli une Analyse des besoins en assurance? Initiales : _____

OUI NON

8. AUTORITÉ APPROBATRICE (Réservé à Manuvie)

La couverture d'assurance du militaire est : Annulée Reportée _____ année(s) Refusée Approuvée Date d'entrée en vigueur *jj* *mm* *aaaa*

La couverture d'assurance du conjoint est : Annulée Reportée _____ année(s) Refusée Approuvée Date d'entrée en vigueur *jj* *mm* *aaaa*

La couverture actuelle en vigueur est : AIP Rés AIP Rés (couverture facultative) RATR-M RATR-C RAOG Rés (couverture de base) RAOG Rés (couverture facultative)

<i>jj</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>	Manuvie
-----------	-----------	-------------	---------