

N° de la demande : _____
(Réservé à la Financière Manuvie)

1. Genre de réclamation (Cocher la case appropriée)	2. Personne décédée (Cocher la case appropriée)
<input type="checkbox"/> Assurance collective facultative temporaire (ACFT) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance temporaire de la réserve (RATR) <input type="checkbox"/> Assurance-vie des personnes à charge (AVPC) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG) <input type="checkbox"/> Régime de service après la retraite (RSAR) <input type="checkbox"/> Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM) <input type="checkbox"/> Couverture après la libération (CAL) <input type="checkbox"/> Assurance pour membres libérés (AML) <input type="checkbox"/> Certificat d'assurance libérée	<input type="checkbox"/> Membre actif <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant/personne à charge <input type="checkbox"/> Membre retraité <input type="checkbox"/> Conjoint(e) précédente(e) <input type="checkbox"/> Membre désigné(e)

3. Renseignements du titulaire du certificat

Numéro matricule (NM) :	Nom de famille :	Prénom :
Adresse :		
Adresse électronique :		
N° de téléphone à domicile :	Numéro de téléphone au travail : (s'il y a lieu)	
Votre conjoint était-il un membre actif des Forces canadiennes? Oui Non		
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du conjoint : _____ Numéro matricule (NM) : _____		

4. Renseignements de la personne décédée

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : _____ Jour _____ Mois _____ Année
Adresse au moment du décès : <input type="checkbox"/> Identique à celle du titulaire du certificat. Sinon, veuillez la fournir :		
Lieu de décès :	Date du décès : _____ Jour _____ Mois _____ Année	
Cause du décès* :		
(*Dans le cas d'un enfant mort-né, prière d'indiquer le poids _____ (grammes) et le nombre de semaines _____ dans la grossesse)		
<u>Si la maladie est la cause du décès :</u>		
A) Quand la personne décédée s'est-elle plainte d'une maladie ou a-t-elle présenté des symptômes pour la première fois?		
B) Quand la personne décédée a-t-elle consulté un médecin pour la première fois en raison d'une maladie?		

Déclaration du requérant concernant le décès (suite)

Numéro matricule (NM)

5. Renseignements du médecin de la personne décédée

Nom et adresse de tous les médecins, autres que les médecins militaires, qui ont traité la personne décédée au cours des trois dernières années :

Nom	Adresse	Téléphone	Télécopieur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. À remplir seulement s'il s'agit d'une demande relative à l'assurance vie des personnes à charge.

La personne à charge :

- était-elle étudiante? Non Oui À plein temps À temps partiel
- était-elle mariée? Non Oui
- dépendait-elle de vous financièrement? Non Oui
- avait-elle un emploi? Non Oui À plein temps À temps partiel

7. Renseignements du requérant

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : <table border="0"> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jour</td> <td style="border: none; text-align: center;">Mois</td> <td style="border: none; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	Jour	Mois	Année
_____	_____	_____						
Jour	Mois	Année						
NAS	N° de téléphone à domicile :	N° de téléphone au travail :						
Adresse :								
Lien de parenté avec la personne décédée :		Montant réclamé :						

8. Signature du requérant

Déclaration et autorisation du requérant

- a. J'atteste que tous les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets à tous les égards;
- b. Je comprends que le fait de remplir ce formulaire ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité de la part de la Financière SISIP ou de Manuvie;
- c. J'autorise la Financière SISIP et Manuvie ou ses réassureurs de recueillir seulement les renseignements nécessaires des médecins, des hôpitaux, des commissions des pensions, des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur la personne décédée pour les fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations;
- d. J'autorise également la Financière SISIP et Manuvie ou ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur la personne décédée à ces mêmes personnes ou organisations mentionnées au paragraphe c.

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. Une photocopie de la présente autorisation a la même portée juridique que l'original.

Daté à _____ le _____ jour de _____ 20____.

Témoin _____ Requérant _____

9. Représentant de la Financière SISIP qui a aidé à remplir ce formulaire

Nom	<input type="text"/>	Date	<input type="text" value="(jj - mm - aaaa)"/>
-----	----------------------	------	---