



## 7. 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 un étudiant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel
était-elle mariée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
dépendait-elle de vous financièrement?	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	<i>*Si oui, veuillez joindre une preuve du soutien financier à la présente demande (p. ex. confirmation de couverture aux termes du régime d'assurance de soins médicaux/dentaires du militaire, etc.).</i>
avait-elle un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel
Prénom et nom de famille de la mère :	Prénom et nom de famille du père :	

## 8. 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	N° de téléphone	N° de télécopieur

## 9. CONSENTEMENT DE COMMUNICATION PAR COURRIEL (s'il y a lieu)

J'aimerais communiquer par courrier électronique avec Manuvie au sujet de ma demande. J'autorise Manuvie à communiquer avec moi à l'adresse courriel inscrite au bloc 3. La correspondance pourrait contenir des renseignements personnels à mon sujet, incluant sans s'y limiter, des renseignements sur l'emploi et des renseignements médicaux et financiers.

Oui Initiales : \_\_\_\_\_  Non

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

### Déclaration et autorisation du demandeur

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 la demande. 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 :

- 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;
- 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;

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

Daté à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ .

Nom du demandeur en caractères d'imprimerie :

Signature du demandeur :

\*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](http://www.mib.com).

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

Nom	Signature	jj	mm	aaaa	Succursale
-----	-----------	----	----	------	------------