

## Demande de prestation anticipée

Manuvie  
Contrat collectif n° 901102

**UNE DEMANDE DE PRESTATION COMPREND TROIS PARTIES :**

- Partie I – DÉCLARATION DU REQUÉRANT (pages 1 et 2)
- Partie II – DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (pages 1 et 2)
- Partie III – CONVENTION RELATIVE À LA PRESTATION ANTICIPÉE (A, B ou C)
  - A) Convention du militaire assuré (pages 1 et 2)
  - B) Convention du conjoint assuré (pages 1 et 2)
  - C) Convention de la personne à charge assurée (pages 1 et 2)

**Directives :**

Veillez remplir et signer :

- Partie I – Pages 1 et 2.
- Partie II – Autorisation du patient à la page 1, puis demander au médecin traitant de remplir les autres parties des pages 1 et 2.
- Partie III – Pages 1 et 2 de la convention pertinente (A, B ou C).

Veillez noter que vous devez assumer tous les coûts découlant des démarches prises pour remplir ces formulaires.

Une fois les formulaires dûment remplis, veuillez les envoyer directement à la Manuvie à l'adresse ci-dessous :

Manuvie  
Services SISIP  
2727 Joseph Howe Drive  
PO Box 1030  
Halifax, NS B3J 2X5



**PARTIE I : LE TITULAIRE DU CERTIFICAT DOIT REMPLIR CETTE SECTION.**

**1. Type de couverture**

(Cocher la case pertinente)

- Assurance collective facultative temporaire (ACFT)
- Régime d'assurance temporaire de la Réserve (RATR)
- Régime d'assurance des officiers généraux (RAOG)
- Régime d'assurance des officiers généraux de la Réserve (RAOG Rés)
- Couverture après la libération (CAL)
- Assurance pour membres libérés (AML)
- Régime d'assurance vie retraite pour les militaires (RAVRM)
- Assurance revenu aux survivants (ARS) – (Ass. vie des personnes à charge seulement)

**2. Personne pour qui cette demande est remplie**

(Cocher la case pertinente)

- Membre actif
- Conjoint
- Enfant/personne à charge
- Membre retraité/libéré
- Ancien conjoint
- Membre réputé

**3. Renseignements sur le titulaire du certificat**

Numéro matricule (NM)	Grade	Date de naissance	Nom de famille	Prénom	Initiales
Adresse postale				N° de tél. à domicile	
C.P., route rurale, etc.				N° de tél. : travail/tél. cell. (encercler)	
Ville		Province	Code postal	NAS	

**4. Renseignements sur le patient (si autre que le titulaire du certificat)**

Nom de famille	Prénom	Initiales	Lien de parenté
Adresse postale (si elle diffère de celle du titulaire)			Date de naissance
Ville			_____ jour    _____ mois    _____ année
		Province	Code postal

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

## 5. Déclaration et autorisation

J'atteste que j'ai rempli ce formulaire de façon complète et honnête, à ma connaissance. Je comprends qu'on peut refuser cette demande si je fournis des renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs.

J'autorise la Manuvie et/ou la Financière SISIP à effectuer, au besoin, des recherches quant à cette demande de prestation anticipée.

Je comprends que la Manuvie et/ou la Financière SISIP devront recueillir et échanger certains renseignements à l'égard du patient au cours de leur enquête, y compris tout dossier ou toute autre information à l'égard du patient, ainsi que ses antécédents et traitements médicaux (ci-après appelés « renseignements personnels »).

Les renseignements personnels peuvent servir aux fins suivantes, là où la Manuvie et/ou la Financière SISIP le jugent nécessaire pour :

- l'évaluation de cette demande ou de toute autre demande de prestations ou d'assurance que j'ai présentée à la Financière SISIP;
- l'administration du contrat en vertu duquel j'ai présenté une demande;
- l'étude de mon dossier médical.

J'autorise ainsi la Manuvie, la Financière SISIP et toutes les personnes, institutions et organisations suivantes à se partager tout renseignement personnel qu'ils ont en leur possession :

- médecin, praticien de la santé, hôpital, clinique, pharmacie ou autre fournisseur ou centre médical offrant des soins ou des traitements de santé;
- régime d'assurance maladie provincial, compagnie d'assurance ou réassureur;
- courtier d'assurance ou administrateur de programme d'avantages sociaux, employeur ou un ancien employeur et tous leurs agents dans l'exécution de leurs tâches relativement aux avantages sociaux des employés;
- organisme, organisation ou ministère du gouvernement fédéral ou provincial;
- organisation d'enquête ou de sécurité, agent en matière de renseignements personnels ou autre personne, agence ou institution possédant les renseignements personnels.

Je comprends que tous les renseignements personnels fournis ou que la Manuvie et/ou la Financière SISIP ont recueillis seront conservés par ces derniers dans un dossier confidentiel, lequel sera divulgué seulement aux individus autorisés. Parmi ces derniers, on compte les employés de la Manuvie et/ou de la Financière SISIP et d'autres personnes (sociétés ou particuliers), firmes ou agences retenues par la Manuvie et/ou la Financière SISIP, dans l'exécution de leurs tâches, ainsi que les personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation par écrit ou toute autre personne autorisée par la loi.

Je comprends que, dans les cas où la Manuvie et/ou la Financière SISIP ont obtenu des renseignements médicaux sensibles d'une personne autre que le médecin du patient, la Manuvie et/ou la Financière SISIP ne pourront divulguer de tels renseignements que par le médecin.

Je comprends et accepte que cette déclaration demeure en vigueur tant que la demande de prestations pour laquelle j'ai rempli ce formulaire existe ou que je dois faire appel à la Manuvie pour des services se rapportant à cette déclaration. Une copie de cette déclaration a la même portée juridique que l'originale.

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, la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents*

Signature du titulaire du certificat

jour mois année

Signature du patient  
ou d'un parent/tuteur (s'il a moins de 18 ans)

jour mois année



A division of CFMWS  
Une division des SBMFC

Prestation anticipée  
Partie II – Déclaration du médecin traitant  
Contrat collectif n° 901102



**AUTORISATION DU PATIENT**

Nom de famille	Prénom	Initiales	Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :
<b>Déclaration et autorisation du patient</b>			
<p>J'accepte que les renseignements figurant sur cette demande soient communiqués à la Manuvie et à la Financière SISIP. Les renseignements fournis dans ce formulaire sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i> du Canada et de la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques</i>, et ils vous seront fournis sur demande.</p>			
_____ Signature du patient ou d'un parent ou tuteur (s'il a moins de 18 ans)			_____ jour    mois    année

**PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT**

Instructions

- 1) Prière d'écrire en caractères d'imprimerie.
- 2) Veuillez retourner le formulaire rempli et les documents connexes au patient ou les poster directement à la Manuvie, Services SISIP, 2727 Joseph Howe Drive, PO Box 1030, Halifax, NS B3J 2X5.
- 3) **Tout frais imputé pour remplir ce formulaire est à la charge du patient.**

**1. ANTÉCÉDENTS**

a. Les symptômes sont apparus/l'accident est survenu le : \_\_\_\_\_  
 jour    mois    année

b. Le patient a cessé de travailler en raison de son état de santé actuel le : \_\_\_\_\_  
 jour    mois    année

c. Le patient a-t-il déjà souffert de cette affection ou d'une affection analogue?     Non     Je ne sais pas     Oui (décrire l'affection en cause)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d. S'agit-il d'une affection chronique?     Non     Oui

e. Nom(s) et adresse(s) des autres médecins traitants.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**2. DIAGNOSTIC** (incluant toute complication)    Veuillez inclure tout rapport consultatif

a. Affection primaire  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. Autres troubles ou complications  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

c. Symptômes subjectifs  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

d. Symptômes objectifs (y compris les derniers résultats des radiographies, ECG ou tests de laboratoire et toute donnée clinique pertinente)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Numéro matricule (NM) du titulaire du certificat :

**PARTIE II : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (suite)**

**3. TRAITEMENT**

a. Date de la première visite _____ jour    mois    année	b. Date de la dernière visite _____ jour    mois    année
c. Fréquence des visites <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ _____ _____	
d. Nature du traitement (y compris les interventions chirurgicales, la physiothérapie et les médicaments prescrits, le cas échéant) _____ _____ _____	

**4. ÉVOLUTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT**

a. Quel est l'état du patient? <input type="checkbox"/> guéri <input type="checkbox"/> amélioré <input type="checkbox"/> aucune amélioration <input type="checkbox"/> détérioré
b. Espérance de vie : le patient risque-t-il de mourir au cours des 12 prochains mois? _____

**5. SIGNATURE DU MÉDECIN TRAITANT**

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant (prière d'écrire en caractères d'imprimerie ou de joindre une carte professionnelle)	N° de téléphone du médecin traitant
Adresse du médecin traitant _____ _____	
_____ Signature du médecin traitant	_____ jour    mois    année



A division of CFMWS  
Une division des SBMFC

**Prestation anticipée**  
**Partie III-A – Convention du militaire assuré**  
Contrat collectif n° 901102



**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom du titulaire de l'assurance vie collective (« requérant ») : \_\_\_\_\_

Numéro matricule/du certificat : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation anticipée demandée : \_\_\_\_\_

\*Il est possible de demander 50 % de la couverture assurée, jusqu'à concurrence de 50 000 \$

**CONVENTION**

1. Par la présente, je demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie ») de me verser une prestation anticipée au titre de l'assurance vie souscrite en mon nom et établie sur ma tête, en vertu du contrat collectif numéro 901102, certificat numéro \_\_\_\_\_ (« mon contrat »).
2. Je comprends que la prestation anticipée de \_\_\_\_\_ \$ me sera versée à titre de prêt et constitue une avance sur la somme éventuellement payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat, et à ce titre, constitue une dette que j'ai envers Manuvie.
3. Je comprends et accepte que la somme payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat à la suite de mon décès sera réduite de la prestation anticipée versée.
4. En contrepartie du versement de la prestation anticipée, je reconnais et accepte que Manuvie aura priorité sur tout autre requérant, incluant sans s'y limiter, le (les) bénéficiaire(s), quant au règlement de la somme payable au titre de mon contrat à la date de mon décès et ce, jusqu'à concurrence de la valeur de la prestation anticipée. Dans l'éventualité où la somme payable est insuffisante pour rembourser à Manuvie la prestation anticipée, je comprends que Manuvie a le droit de réclamer le montant de la prestation anticipée, de ma succession.
5. Jusqu'à mon 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou jusqu'à mon décès, selon la première éventualité, j'accepte de garder en vigueur une couverture au titre de mon contrat d'un montant d'assurance suffisant pour rembourser à Manuvie la prestation anticipée, à la date de mon décès.
6. Je reconnais et accepte que le versement de la prestation anticipée réduira la somme payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat. J'ai l'obligation d'en informer le (les) bénéficiaire(s) et accepte, en mon nom et au nom de mes héritiers, successeurs et ayants droit, de dégager Manuvie de toute responsabilité et de l'indemniser à l'égard de toutes pertes, causes, demandes d'indemnisation, réclamations ou actions qui pourraient être directement ou indirectement attribuables à ce versement.

**SIGNATURE:**

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

**LE PRÉSENT CONSENTEMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ SI VOUS AVEZ NOMMÉ UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE DANS VOTRE CONTRAT :**

**CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE**

J'ai été nommé bénéficiaire irrévocable de l'assurance vie mentionnée dans le cadre de cette convention. J'ai lu cette convention et comprend que la somme du produit d'assurance vie qui me sera payable sera réduite du montant de la prestation anticipée versée au requérant, conformément aux modalités de cette convention. Par la présente, je fournis mon consentement irrévocable à Manuvie afin de procéder au paiement de la prestation anticipée au requérant, conformément aux présentes modalités et accepte d'indemniser Manuvie à l'égard du montant de la prestation anticipée.

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nom du bénéficiaire irrévocable (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable



**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom du titulaire de l'assurance vie collective (« requérant ») : \_\_\_\_\_

Numéro matricule/du certificat : \_\_\_\_\_

Nom du conjoint : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation anticipée demandée : \_\_\_\_\_

\*Il est possible de demander 50 % de la couverture assurée, jusqu'à concurrence de 50 000 \$

**CONVENTION**

1. Par la présente, je demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie ») de me verser une prestation anticipée au titre de l'assurance vie souscrite en mon nom et établie sur la tête de mon conjoint, en vertu du contrat collectif numéro 901102, certificat numéro \_\_\_\_\_ (« mon contrat »).
2. Je comprends que la prestation anticipée de \_\_\_\_\_ \$ me sera versée à titre de prêt et constitue une avance sur la somme éventuellement payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat, et à ce titre, constitue une dette que j'ai envers Manuvie.
3. Je comprends et accepte que la somme payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat à la suite du décès de mon conjoint sera réduite de la prestation anticipée versée.
4. En contrepartie du versement de la prestation anticipée, je reconnais et accepte que Manuvie aura priorité sur tout autre requérant, incluant sans s'y limiter, le (les) bénéficiaire(s), quant au règlement de la somme payable au titre de mon contrat à la date du décès de mon conjoint, et ce, jusqu'à concurrence de la valeur de la prestation anticipée. Dans l'éventualité où la somme payable est insuffisante pour rembourser à Manuvie la prestation anticipée, je comprends que Manuvie a le droit de réclamer le montant de la prestation anticipée, de moi-même ou de ma succession.
5. Jusqu'au 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de mon conjoint ou jusqu'à son décès, selon la première éventualité, j'accepte de garder en vigueur une couverture au titre de mon contrat d'un montant d'assurance suffisant pour rembourser à Manuvie la prestation anticipée, à la date du décès de mon conjoint.
6. Je reconnais et accepte que le versement de la prestation anticipée réduira la somme payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat. J'ai l'obligation d'en informer le (les) bénéficiaire(s) et accepte, en mon nom et au nom de mes héritiers, successeurs et ayants droit, de dégager Manuvie de toute responsabilité et de l'indemniser à l'égard de toutes pertes, causes, demandes d'indemnisation, réclamations ou actions qui pourraient être directement ou indirectement attribuables à ce versement.

**SIGNATURE:**

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
 Signature du requérant

**LE PRÉSENT CONSENTEMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ SI VOUS AVEZ NOMMÉ UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE DANS VOTRE CONTRAT :**

**CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE**

J'ai été nommé bénéficiaire irrévocable de l'assurance vie mentionnée dans le cadre de cette convention. J'ai lu cette convention et comprend que la somme du produit d'assurance vie qui me sera payable sera réduite du montant de la prestation anticipée versée au requérant, conformément aux modalités de cette convention. Par la présente, je fournis mon consentement irrévocable à Manuvie afin de procéder au paiement de la prestation anticipée au requérant, conformément aux présentes modalités et accepte d'indemniser Manuvie à l'égard du montant de la prestation anticipée.

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Nom du bénéficiaire irrévocable (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
 Signature du bénéficiaire irrévocable



A division of CFMWS  
Une division des SBMFC

**Prestation anticipée**  
**Partie III-C – Convention de la personne à charge assurée**  
**Contrat collectif n° 901102**



**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

Nom du titulaire de l'assurance vie collective (« requérant ») : \_\_\_\_\_

Numéro matricule/du certificat : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à charge : \_\_\_\_\_

Montant de la prestation anticipée demandée : \_\_\_\_\_

\*Il est possible de demander 50 % de la couverture assurée.

**CONVENTION**

1. Par la présente, je demande à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (« Manuvie ») de me verser une prestation anticipée au titre de l'assurance vie souscrite en mon nom et établie sur la tête de la personne à ma charge, en vertu du contrat collectif numéro 901102, certificat numéro \_\_\_\_\_ (« mon contrat »).
2. Je comprends que la prestation anticipée de \_\_\_\_\_ \$ me sera versée à titre de prêt et constitue une avance sur la somme éventuellement payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat, et à ce titre, constitue une dette que j'ai envers Manuvie.
3. Je comprends et accepte que la somme payable à moi-même ou à ma succession au titre de mon contrat à la suite du décès de la personne à ma charge sera réduite de la prestation anticipée versée.
4. En contrepartie du versement de la prestation anticipée, je reconnais et accepte que Manuvie aura priorité sur tout autre requérant, incluant sans s'y limiter, moi-même ou ma succession, quant au règlement de la somme payable au titre de mon contrat à la date du décès de la personne à ma charge, et ce, jusqu'à concurrence de la valeur de la prestation anticipée. Dans l'éventualité où la somme payable est insuffisante pour rembourser à Manuvie la prestation anticipée, je comprends que Manuvie a le droit de réclamer le montant de la prestation anticipée, de moi-même ou de ma succession.
5. J'accepte de garder en vigueur une couverture du militaire et/ou du conjoint jusqu'à soit le décès de la personne à ma charge, soit jusqu'à ce que ladite personne ne remplisse plus les critères d'une personne à charge selon mon contrat, selon la première éventualité, pour que je puisse rembourser à Manuvie la prestation anticipée, à la date du décès de la personne à ma charge.
6. Je reconnais et accepte que le versement de la prestation anticipée réduira la somme payable au(x) bénéficiaire(s) au titre de mon contrat. J'ai l'obligation d'en informer le (les) bénéficiaire(s) et accepte, en mon nom et au nom de mes héritiers, successeurs et ayants droit, de dégager Manuvie de toute responsabilité et de l'indemniser à l'égard de toutes pertes, causes, demandes d'indemnisation, réclamations ou actions qui pourraient être directement ou indirectement attribuables à ce versement.

**SIGNATURE:**

Fait le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nom du requérant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant