



# Renonciation du bénéficiaire

Contrat collectif n° 901102



Nous avons appris que votre récente demande de changement de bénéficiaire a été refusée.

Voici les deux raisons possibles :

- 1) Vous avez adhéré au RARM alors que vous demeuriez dans la province de Québec et vous n'avez pas précisé que votre désignation de bénéficiaire est révocable. Par conséquent, conformément au Code civil du Québec, votre désignation de bénéficiaire est automatiquement considérée irrévocable;
- 2) Vous avez stipulé que votre désignation de bénéficiaire est irrévocable.

Afin de changer de bénéficiaire, vous devez procéder comme suit :

- Le bénéficiaire irrévocable doit apposer sa signature au bloc 2.  
(Il convient de noter que s'il vous est impossible d'obtenir cette signature, nous ne pourrions pas faire les modifications demandées, et la personne dont le nom figure dans le document ci-joint demeurera votre bénéficiaire);
- Si vous aviez nommé un conjoint et que vous avez divorcé de ce dernier, veuillez inscrire la date officielle de votre divorce. (Veuillez noter que si un tribunal vous a donné la directive de nommer un bénéficiaire irrévocable dans votre jugement de divorce, il vous incombe de vous acquitter de cette responsabilité, et nous vous suggérons de joindre une copie du jugement en question à ce formulaire.)

Date du divorce

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

## 1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Numéro matricule (NM)	Grade	Nom de famille	Prénom	Initiales
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Adresse postale		Numéro de téléphone à domicile		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Case postale, route rurale, etc.		N° de tél. : travail/cell./téléavertisseur (encercler)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ville	Province	Code postal		

## 2. RENONCIATION DU BÉNÉFICIAIRE

Par la présente, le soussigné renonce à tout droit, titre et avantage accordé au bénéficiaire d'un membre ayant souscrit une couverture d'assurance vie des SF RARM, qu'il soit l'unique bénéficiaire actuel ou non.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de/d' \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Témoin (autre que le titulaire du certificat)

\_\_\_\_\_  
Bénéficiaire irrévocable

## 3. SIGNATURE

### 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. J'autorise les Services financiers du RARM et la Financière Manuvie ou ses réassureurs de recueillir seulement les renseignements nécessaires des personnes ou des organisations qui ont de l'information personnelle sur moi pour les fins de ce dossier, de la tarification, de l'administration des régimes d'assurance et du versement des prestations;
- c. J'autorise également les Services financiers du RARM et la Financière Manuvie ou ses réassureurs de divulguer seulement l'information personnelle nécessaire qu'ils ont sur moi à ces mêmes personnes ou organisations citées au paragraphe b.

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.

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Veuillez retourner le formulaire aux : Services financiers du RARM, Quartier général de la Défense nationale, 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2  
ou pour RATR, CAL ou AML retourner à la : Financière Manuvie, Services du RARM, C.P. 1030, 2727, Joseph Howe Drive, Halifax NS B3J 2X5

Réservé aux SF RARM

Vérifié par :  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année