

IMPORTANT

Si votre bénéficiaire ou vos bénéficiaires ne sont pas à votre charge et si vous désirez une couverture supérieure à 250 000 \$, vous devrez rencontrer un représentant en assurance des SF RARM.

5. Antécédents médicaux

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

NOTE : Indiquez tous les troubles médicaux que vous avez déclarés au préalable, ainsi que des renseignements si vous avez répondu « Oui ». Si plus d'espace est requis, veuillez annexer une feuille sur laquelle votre NM, grade, nom, le numéro de la question et les détails sont inscrits. Annotez les détails avec les abréviations suivantes selon le cas : Mil ou Conj. Signez et datez la feuille.

1. Nom et adresse du médecin traitant : Militaire : Conjoint :
2. Date et raison de la dernière consultation : Militaire : Jour Mois Année Raison
Conjoint : Jour Mois Année Raison
3. Diagnostic, résultat, traitement reçu ou médicament prescrit : Militaire :
Conjoint :
4. Taille : Militaire :m/picm/po Poids:kg/lb
Conjoint :m/picm/po Poids:kg/lb
5. Votre poids a-t-il varié de 10% durant l'année ? Si oui, expliquez pourquoi : Militaire : Conjoint :
6. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance qui a été refusée, reportée, supprimée, ou modifiée ? Si oui, expliquez pourquoi : Militaire : Conjoint :
7. Avez-vous déjà fait une demande de prestations pour cause de maladie, de blessure ou de déficience ? Si oui, expliquez pourquoi : Militaire : Conjoint :
8. Avez-vous été absent pour cause de maladie, de blessure ou de déficience au cours des deux dernières années : Militaire : Conjoint :
9. Vos médecins traitants prévoient-ils un traitement médical ou une intervention chirurgicale pour soigner votre état de santé actuel ? Si oui, expliquez pourquoi : Militaire : Conjoint :

En ce qui concerne votre état de santé, au cours des CINQ DERNIÈRES ANNÉES :

10. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour une raison quelconque, y compris un bilan de santé ou un examen physique annuel ou courant ? Si oui, expliquez pourquoi : Militaire : Conjoint :
11. Avez-vous passé un électrocardiogramme, des analyses sanguines, des radiographies, ou autre tests diagnostiques ? Si oui, indiquez lesquels : Militaire : Conjoint :

Avez-vous déjà souffert de l'un des symptômes ou de l'une des maladies ci-dessous ? (Si oui, encerclez et initiez les conditions).

12. Essoufflement, toux ou enrouement persistant, présence de sang dans l'expectoration, bronchite, pleurésie, asthme, emphysème, tuberculose ou trouble respiratoire chronique Militaire : Conjoint :
13. Étourdissements, évanouissements, convulsions, maux de tête, troubles de la parole, paralysie ou accident cérébrovasculaire, faiblesses musculaires, incoordination, troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques tels que des troubles d'anxiété, phobie, dépression, etc. ? Militaire : Conjoint :
14. Douleurs thoraciques, palpitations, hypertension, voile noir, fièvre rhumatismale, essoufflement la nuit, souffle cardiaque (indiquez le type), enflure des extrémités, crise cardiaque, douleurs aux jambes provoquées par l'effort ou autres troubles cardiaques ou vasculaires ? Militaire : Conjoint :
15. Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge ? Militaire : Conjoint :
16. Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, maladies vénériennes (indiquez le type), pierres ou autres troubles des reins, de l'uretère, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs ? Militaire : Conjoint :
17. Jaunisse, saignements intestinaux, ulcères, hernie, appendicite, colite, diverticulite, hémorroïde, indigestion récurrente ou autres troubles de l'oesophage, de l'estomac, des intestins, du foie ou de la vésicule biliaire ? Militaire : Conjoint :
18. Diabète, maladie de la thyroïde y compris la thyroïde toxique, ou autres troubles endocriniens ? Militaire : Conjoint :
19. Tout trouble du système musculo-squelettique, p. ex. l'arthrite (précisez : ostéo ou rhumatismale), goutte, névrite, sciatique, etc., y compris de la colonne vertébrale, du dos ou des articulations ? Militaire : Conjoint :
20. Difformité, troubles de démarche ou amputations ? Militaire : Conjoint :
21. Dermatose, troubles des ganglions lymphatiques, kyste, tumeur (précisez : maligne ou bénigne) ou cancer ? Militaire : Conjoint :
22. Allergies, anémie ou autres troubles sanguins ? Militaire : Conjoint :
23. Toute autre maladie ou tout autre état non indiqué ci-dessus ? Militaire : Conjoint :
24. Est-ce que votre père, mère, frère ou soeur ont déjà souffert de diabète, hypertension, maladie cardiovasculaire, de troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques, ou maladie héréditaire avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans ? Si oui, expliquez : Militaire : Conjoint :
25. Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou toute autre maladie immunologique, consulté un professionnel de la santé à cet effet ou appris que vous en étiez atteint ? Veuillez préciser : Militaire : Conjoint :
26. Avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ? Militaire : Conjoint :
27. Avez-vous déjà été immunisé contre le virus de l'hépatite B ? Si oui, indiquez l'année : Militaire : Conjoint :

Avez-vous déjà :

28. Été soigné pour alcoolisme ou toxicomanie ? Militaire : Conjoint :
 29. Été inculpé de conduite avec facultés affaiblies ou vous a-t-on déjà arrêté pour état d'ébriété ou/et pour consommation de drogues ? Militaire : Conjoint :
 30. Consommé de la marijuana, du haschisch, du cannabis, de la cocaïne, des stupéfiants, des hallucinogènes, ou tout autre type de drogues non obtenues par ordonnance ? Si oui, précisez : Militaire : Conjoint :
 31. Consommé des produits du tabac ? Militaire : Conjoint :
- Si oui, indiquez la consommation moyenne quotidienne : Militaire : Conjoint :
Nombre d'années de consommation : Militaire : Conjoint :

6. Statut de fumeur / de non-fumeur

Avez-vous fumé une cigarette au cours des douze derniers mois ? Militaire: Oui Non Conjoint: Oui Non

SECTION A.

1. Remplir **TOUTES** les sections pertinentes du formulaire les Services financiers du RARM (SF RARM) 1F **selon le type de couverture demandé.**

NOTE : Les demandes sont envoyées aux : Services financiers du RARM QGDN, 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2.

2. Il n'est **pas** nécessaire de remplir la section 5 **Antécédents médicaux** si vous désirez :

- a) transformer votre couverture d'ARS en couverture d'ACFT (jusqu'à 50 x **solde mensuelle**) et 20 000 \$ de couverture d'ACFT pour votre conjoint;
- b) transformer une couverture RART ou l'Assurance pour membres libérés (AML) en ACFT;
- c) diminuer la couverture d'ACFT - MILITAIRE et/ou d'ACFT - CONJOINT;
- d) changer de bénéficiaire;
- e) changer de statut de fumeur/non-fumeur;
- f) obtenir un certificat seulement.

- 4. S'il y a lieu, joindre les formulaires Déclaration d'union de fait, formulaire SISIP FS 3F, et Attestation de séparation, formulaire SISIP FS 4F, à votre demande.
- 5. Le montant maximal d'ACFT autorisé à titre d'assurance vie est de 400 000 \$. Dans le cas où les conjoints sont deux militaires des Forces canadiennes, aucun d'eux ne peut avoir une couverture d'ACFT-(MILITAIRE ET CONJOINT) qui dépasse 400 000 \$, par vie assurée.
- 6. La désignation préalable du conjoint comme bénéficiaire par un membre qui est **devenue adhérent aux SF RARM** lorsque domicilié dans la province de Québec peut être irrévocable pendant la couverture et généralement un changement de bénéficiaire ne peut être fait sans la permission écrite du conjoint. Veuillez remplir et joindre le formulaire 11F, Désignation/Changement de bénéficiaire, s'il y a lieu.

3. Preuves d'assurabilité

Les membres qui font une demande d'adhésion « Militaire », qui ne sont pas dans les situations énumérées au paragraphe 2, **doivent remplir la section 5, (Antécédents médicaux)**. Pour une demande d'adhésion à l'ACFT-CONJOINT, on doit remplir la **section 5 (Antécédents médicaux)** pour le conjoint. Veuillez noter que le conjoint qui n'est pas membre des Forces canadiennes pourrait être tenu de passer un examen médical; dans ce cas, les Services financiers du RARM (SF RARM) ou la Financière Manuvie fournira les instructions nécessaires au membre et/ou son conjoint.

SECTION B.

PRIMES* PAR GROUPE D'ÂGE

MENSUELLEMENT	MOINS DE 25	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 et plus
Non-Fumeur Taux / 10 000 \$	0,70 \$	0,60 \$	0,65 \$	0,80 \$	1,05 \$	1,35 \$	2,00 \$	3,40 \$	4,30 \$
Fumeur Taux / 10 000 \$	1,05 \$	0,95 \$	1,10 \$	1,25 \$	1,80 \$	3,00 \$	4,90 \$	5,40 \$	6,45 \$

*L'assureur se réserve le droit de modifier les primes en vertu de la présente police sans donner d'avis préalable au membre.

Résumé des régimes des SF RARM

- Assurance invalidité prolongée (AIP)
- Assurance invalidité prolongée pour la Réserve
- Assurance invalidité pour les conjoints (RAIC)
- Assurance revenu aux survivants (ARS)
- Assurance collective facultative temporaire (ACFT)
- Assurance vie des personnes à charge (AVPC)
- Assurance temporaire de la Réserve (RATR)
- Assurance pour membres libérés
- En cas d'invalidité totale, 75 % de votre solde à la libération, moins les prestations reçues d'autres sources.
- En cas d'invalidité totale, 75 % de votre solde présumée, présélectionnée ou mensuelle à la libération, moins les prestations reçues d'autres sources.
- Pour « invalidité totale » du conjoint, une somme forfaitaire de 100 000 \$ payée à la personne assurée.
- Assure au conjoint 50% de la solde mensuelle lorsque cumulée avec les prestations de la LPRFC et de la *Loi sur les pensions*.
- De 10 000 \$ à 400 000 \$ d'assurance sur la vie des militaires et conjoints de la Force régulière.
- Une somme forfaitaire de 10 000 \$ sur la vie de chacun des enfants à charge en vertu des régimes d'assurance vie des SF RARM.
- Similaire à l'ACFT; pour les militaires et conjoints de la Force de réserve.
- Des prestations similaires à celles de l'ACFT/du RATR pour les militaires libérés et leurs conjoints.

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec votre représentant des SF RARM, ou composez le 1-800-267-6681.

En cas de différences entre les données de ce formulaire et les clauses des contrats, ces dernières font autorité.

BUREAUX DES SERVICES FINANCIERS DU RARM

TERRE-NEUVE	709-570-8480
HALIFAX/SHEARWATER	902-425-6926
GREENWOOD	902-765-6714
GAGETOWN/MONCTON/Î.-P.-É.	506-357-3666
QUÉBEC/BAGOTVILLE	418-844-0111
OTTAWA/MONTRÉAL/ST-JEAN	613-233-2177
PETAWAWA	613-687-0025
KINGSTON	613-547-1172
BORDEN/LONDON/NORTH BAY/TORONTO/TRENTON	705-424-2262
WINNIPEG/SHILO/MOOSE JAW/REGINA/COLD LAKE	204-774-1781
EDMONTON/WAINWRIGHT/CALGARY	780-973-3130
ESQUIMALT/COMOX/VANCOUVER/COLORADO SPRINGS	250-363-3301

1 800 267-6681 / www.sisip.com

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

**SF RARM
QGDN
4210, rue Labelle
Ottawa ON K1A 0K2**