

PROTÉGÉ "B" (lorsque complété)

1. Comment présenter une demande

- A. La couverture d'assurance invalidité pour les conjoints (RAIC) est disponible seulement aux anciens militaires, le Cadre des instructeurs de cadets, les Canadian Rangers, et les conjoints de ceux-ci (y compris les conjoints des militaires en service) qui ne sont pas eux-mêmes membres de la Force régulière ou de la Première réserve des Forces canadiennes. Si la personne à assurer est admissible aux prestations, ces dernières s'évaluent à 100,000 \$.
- B. Les sections 2 à 7 doivent être complétées dans tous les cas. **Veillez noter que la déclaration « Antécédents médicaux », section 6, doit être complétée par la personne à assurer.** Il est possible qu'un examen médical s'avère nécessaire. Dans un tel cas, des instructions seront transmises à la personne à assurer par le Président du RARM ou La maritime, compagnie d'assurance-vie.
- C. Lorsque requis, inclure le Formulaire 3F, Déclaration d'union de fait.
- D. Pour les militaires de la Force régulière et ceux de la Force de réserve en service de classe « C », la prime d'assurance et la taxe applicable, s'il y a lieu, seront déduites de votre compte de solde sous le code de délégation L501. Tous les autres doivent compléter la section 8, ou le formulaire LPRFC, Autorisation de déduction de la pension, ou inclure un chèque ou un mandat poste établi à l'ordre de « La Maritime, compagnie d'assurance-vie, » au montant de la prime totale annuelle indiquée à la section 5.B.
- E. Restrictions et Exclusions:
Aucune prestation n'est payable pour une invalidité:
 - (1) commençant au cours des 12 premiers mois de la couverture, des suites d'une maladie, d'une blessure ou d'une condition médicale pour laquelle la personne à assuré avait consulté un médecin au cours des 24 mois précédant la date de réception de la demande de participation au programme;
 - (2) suite à l'abus de stupéfiants y compris, mais non limité à l'alcoolisme et à la toxicomanie;
 - (3) résultant de blessures subies alors que la personne à assurer commet, tente de commettre ou participe à la perpétration d'un acte criminel;
 - (4) résultant d'une automutilation volontaire ou d'une tentative de suicide, sain d'esprit ou non; ou,
 - (5) pour laquelle il n'y a aucune évidence médicale claire et objective pour confirmer une maladie ou une blessure sous-jacente identifiable.

2. Identification et qualifications de la personne à assurer

- A. La personne à assurer est le militaire le conjoint(e)
 - B. La personne à assurer est-elle couverte par un régime d'assurance invalidité de l'employeur? Oui Non
- POUR** continuer, la réponse à la question « B » doit être « NON »

3. Renseignements sur le militaire

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NUMÉRO MATRICULE (NM)	GRADE	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALES	SEXE
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse	Rue	App.	Ville	Jour Mois Année	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		Date d'enrôlement dans les Forces canadiennes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Province	Code Postal	Unité / Base		Jour Mois Année	
Téléphone au domicile () <input type="text"/>	Téléphone au travail () <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F.C. régulière	<input type="checkbox"/> classe « C »	<input type="checkbox"/> classe « B »	
		<input type="checkbox"/> classe « A »	<input type="checkbox"/> CIC	<input type="checkbox"/> Ranger	
Votre conjoint(e) est-il membre ou ancien membre des Forces Canadiennes?					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si votre conjoint(e) est un ancien membre, indiquez sa date de licenciement		<input type="checkbox"/> Ancien militaire	
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Date de licenciement <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si oui, indiquez son numéro matricule		Jour Mois Année		Occupation <input type="text"/>	

4. Renseignements sur le conjoint (À compléter si la personne à assurer est le/la conjoint(e))

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom et prénom		Jour Mois Année
<input type="text"/>		Date de mariage (s'il y a lieu) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse <input type="checkbox"/> La même que le militaire ci-haut,ou	App.	Ville
<input type="text"/>		Nom de jeune fille (s'il y a lieu) <input type="text"/>
Province	Code Postal	<input type="text"/>
S'il y a lieu, joindre la Déclaration d'union de fait (Formulaire RARM 3F)		Lieu de naissance <input type="text"/>
		Occupation <input type="text"/>

5. Primes à verser

<p>A. Tableau des primes</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Âge</th> <th>Taux mensuel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Moins de 25</td><td>\$ 5.50</td></tr> <tr><td>25-29</td><td>7.00</td></tr> <tr><td>30-34</td><td>10.00</td></tr> <tr><td>35-39</td><td>15.50</td></tr> <tr><td>40-44</td><td>22.00</td></tr> <tr><td>45-49</td><td>35.00</td></tr> <tr><td>50-54</td><td>60.00</td></tr> <tr><td>55-59</td><td>92.50</td></tr> <tr><td>60-64</td><td>120.00</td></tr> </tbody> </table>	Âge	Taux mensuel	Moins de 25	\$ 5.50	25-29	7.00	30-34	10.00	35-39	15.50	40-44	22.00	45-49	35.00	50-54	60.00	55-59	92.50	60-64	120.00	<p>B. Calcul des primes</p> <p>Âge de la personne à assurer <input type="text"/></p> <p>*Taxe si applicable: - Ontario 8% - Québec 9%</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Prime équivalente</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>*Taxe</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Total mensuel</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">X 12</td> </tr> <tr> <td>Prime totale annuelle</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Prime équivalente	<input type="text"/>	*Taxe	<input type="text"/>	Total mensuel	<input type="text"/>		X 12	Prime totale annuelle	<input type="text"/>
Âge	Taux mensuel																														
Moins de 25	\$ 5.50																														
25-29	7.00																														
30-34	10.00																														
35-39	15.50																														
40-44	22.00																														
45-49	35.00																														
50-54	60.00																														
55-59	92.50																														
60-64	120.00																														
Prime équivalente	<input type="text"/>																														
*Taxe	<input type="text"/>																														
Total mensuel	<input type="text"/>																														
	X 12																														
Prime totale annuelle	<input type="text"/>																														

PROTÉGÉ "B" (lorsque complété)

NM

6. Antécédents médicaux (Doit être complété par la personne à assurer)

NOTA: INCLURE toutes conditions médicales mêmes si déjà déclarées. DONNEZ les détails pour toutes questions auxquelles vous aurez répondu «OUI». Si plus d'espace est requis, annexe une feuille et indiquez les conditions qui s'appliquent au «Mil» ou au «Conj», votre NM, grade, nom et prénom, et le numéro de la question. Signez et datez l'annexe.

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

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?.....
11. Avez-vous passé un électrocardiogramme, des analyses sanguines, des radiographies, ou autre tests diagnostiques? Si oui, indiquez lesquels:

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?
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?
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?
15. Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge?
16. Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, maladies vénériennes (**indiquez le type**), pierres ou autres troubles des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs?
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?
18. Diabète, maladie de la thyroïde y compris la **thyroïde toxique**, ou autres troubles endocriniens?
19. Tout trouble du système musculo-squelettique (p. ex: arthrite (**indiquez ostéo ou rhumatismale**), goutte, névrite, sciatique, etc. y compris de la colonne vertébrale, du dos ou des articulations)?
20. Difformité, troubles de démarche ou amputations?
21. Dermatose, troubles des ganglions lymphatiques, kyste, tumeur (**indiquez maligne ou bénigne**) ou cancer?.....
22. Allergies, anémie ou autres troubles sanguins?
23. Toute autre maladie ou tout autre état non indiqué ci-dessus?
24. Est-ce que votre père, mère, frère ou soeur ont déjà souffert de diabète, haute tension, maladie cardio-vasculaire, de troubles mentaux, nerveux ou psychiatriques, ou maladie héréditaire avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans? Si oui, expliquez:
25. Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immuno-déficience acquise) ou toute autre maladie immunologique, consulté un professionnel de la santé à cet effet ou appris que vous en étiez atteint?.....
26. Avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage du VIH (virus de l'immunodéficience humaine)?
27. Avez-vous déjà été immunisé contre le virus de l'hépatite "B"? **Si oui, indiquez l'année :**
- Avez-vous déjà:**
28. Été soigné pour alcoolisme ou toxicomanie?
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?
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:
31. Consommé des produits du tabac? Si oui, indiquez la consommation moyenne quotidienne:
- Nombre d'années de consommation:

7. Signature (Lisez et signez pour toutes les demandes) PROTÉGÉ "B" (lorsque complété)

Les renseignements et déclarations contenus dans la présente sont exacts et complets. Je comprends que toute fausse représentation sur des faits importants entraînera l'annulation de l'assurance.

J'autorise par la présente le bureau du RARM/QGDN et de la Maritime, compagnie d'assurance-vie et ses réassureurs, aux fins strictes de la tarification et de la gestion de l'assurance et du règlement des prestations:

- a) à ne recueillir que les seuls renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques et morales possédant des renseignements personnels sur mon compte à savoir, des médecins et des établissements médicaux, du Bureau de renseignements médicaux, des agences d'enquête et de crédit et des autres assureurs, de toutes personnes ou organismes qui vraisemblablement pourraient détenir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier;
- b) à ne communiquer que les seuls renseignements personnels nécessaires qu'elles possèdent sur mon compte à ces mêmes personnes et organismes; et
- c) à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Ce consentement vaut pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.

J'autorise par la présente les déductions nécessaires de mon compte de solde ou tout autre mode de paiement que j'aurai choisi aux fins du paiement de mes primes du RARM au taux en vigueur ou à tout autre taux autorisé ultérieurement. La présente autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Je comprends que ma couverture d'assurance est sujette à l'approbation du Président RARM et/ou La Maritime, compagnie d'assurance-vie. Par conséquent je ne débiterai **AUCUNE** action en vue de terminer une(des) couverture(s) d'assurance en vigueur avant d'avoir été avisé de la décision prise concernant la présente demande.

De plus, j'accuse réception d'une copie de l'avertissement concernant la divulgation de renseignements personnels par le Bureau des renseignements médicaux.

Signature du militaire des FC

--	--	--

Jour Mois Année

Signature du conjoint

--	--	--

Jour Mois Année

8. Accord de débits pré-autorisés (DPA)

- Tant que les DPA sont en vigueur, la compagnie n'est pas tenue de m'informer lorsque les primes sont exigibles.
- Toutes les dispositions du contrat collectif n° 901102 relatives au paiement ou au non-paiement des primes s'appliquent aux DPA.
- Les SF RARM peuvent changer les taux de temps à autre, et cette autorisation de prélever les primes connexes demeure en vigueur jusqu'à ce que je, ou les SF RARM, la révoque par écrit. Ce préavis doit être reçu au moins vingt (20) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- Si la compagnie tente de prélever des fonds plus de deux fois sans succès sur une période de douze mois, celle-ci peut mettre fin aux DPA et exiger du soussigné qu'il verse à l'avance le montant de la prime annuelle.

Veillez remplir la section suivante :

1) Type de compte

chèques ou épargne ET personnel ou affaires

2) Jour où le prélèvement doit être effectué

1er du mois 15 du mois

3) Nom(s) du(des) titulaire(s) du compte tel qu'indiqué dans les dossiers bancaires (imprimez)

4) Signature(s) du(des) titulaire(s) du compte

5) Date

--	--	--

Jour Mois Année

6) Veuillez joindre un chèque avec la mention **ANNULÉ** OU le formulaire **43F** dûment rempli.

9. Représentant du RARM qui a assisté dans la préparation de ce formulaire ou le **Point de contact** qui a reçu ce formulaire

Le formulaire doit être envoyé immédiatement au QGDN/Président du RARM dès que cette section aura été complétée

Nom

Unité/Endroit

 ()

Téléphone

--	--	--

Jour Mois Année

10. Autorité approbatrice

NUMÉRO MATRICULE

La couverture d'assurance invalidité pour conjoint est **APPROVÉE / REFUSÉE**

--	--	--

Jour Mois Année

Président du RARM

--	--	--

Jour Mois Année

OU

Assureur, La Maritime compagnie d'assurance-vie

--	--	--

Jour Mois Année

11. RÉSERVÉ AU BUREAU DU RARM SEULEMENT

Début
ou
Terminaison
L501

Date d'entrée en vigueur

Prime

N° de la pièce justificative

--	--	--

Jour Mois Année

Action prise par

--	--	--

Jour Mois Année



**RÉGIME D'ASSURANCE INVALIDITÉ POUR LES CONJOINTS (RAIC)
POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE #901107
DEMANDE DE CHANGEMENT DU MODE DE PAIEMENT**

1. Renseignements sur le militaire

Numéro de matricule _____ Grade _____ Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale(s) _____
Adresse _____ Rue _____ App _____ Ville _____
Province _____ Code postal _____ () _____ () _____
Téléphone au domicile _____ Téléphone au travail _____
Date de licenciement : Jour _____ Mois _____ Année _____

2. Identification de la personne assurée

La personne assurée est le militaire le conjoint

3. Mode de paiement

SVP choisir l'option de paiement désirée, donner l'information requise, signer et dater tel qu'indiqué ci-dessous.

Option 1 : Mensuellement en remplissant l'Accord de débits pré-autorisés (DPA). Veuillez joindre un chèque nul ici afin de confirmer vos renseignements bancaires. Si vous n'avez pas de compte de chèques, veuillez demander un chèque-guichet à votre banque.

Par la présente, j'autorise à la Financière Manuvie, à titre d'assureur du contrat collectif des SF RARM, d'effectuer selon cet Accord de DPA un prélèvement de compte bancaire se rapportant au chèque ci-joint aux fins du paiement des primes. Cette autorisation s'applique également à tout autre compte dans une institution financière quelconque que je désigne par la suite au moyen d'un spécimen de chèque.

Cette autorisation demeure en vigueur tant qu'un préavis par écrit de sa modification ou de sa réalisation soit reçu de ma/notre part. Je comprends qu'il n'y a pas de frais supplémentaires pour ce service. 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 électroniques* ou autres lois provinciales équivalentes et ils vous seront fournis sur demande.

Il est convenu et compris que:

- Tant que les DPA sont en vigueur, la compagnie n'est pas tenue de m'informer lorsque les primes sont exigibles.
- Toutes les dispositions du contrat collectif n° 901107 relatives au paiement ou au non-paiement des primes s'appliquent aux DPA.
- Les SF RARM peuvent changer les taux de temps à autre, et cette autorisation de prélever les primes connexes demeure en vigueur jusqu'à ce que je, ou les SF RARM, la révoque par écrit. Ce préavis doit être reçu au moins vingt (20) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- Si la compagnie tente de prélever des fonds plus de deux fois sans succès sur une période de douze mois, celle-ci peut mettre fin aux DPA et exiger du soussigné qu'il verse à l'avance le montant de la prime annuelle.

Remplir la section suivante:

(1) Genre de compte et/ou # de compte, s'il n'apparaît pas sur l'échantillon du chèque _____ (4) Signature(s) du/des déposant(s) telle(s) qu'il(s) apparaît/apparaissent dans les dossiers de la banque/caisse _____
(2) Jour du mois ou le paiement doit être tiré: le 1er du mois le 15 du mois _____ (5) Signature du détenteur du certificat de groupe si autre que (4) _____
(3) Nom du déposant, tel qu'il apparaît dans les dossiers de la banque/caisse (en lettres majuscules) _____ Date: Jour _____ Mois _____ Année _____

Option 2: Mensuellement en remplissant un formulaire LPRFC de déduction de la pension (ML03E/F).

Option 3: Annuellement par cheque ou mandat de poste au montant de la prime annuelle (prime mensuelle x 12 plus la TVP s'il y a lieu) payable à la Financière Manuvie.

4. Signature

Par la présente, j'autorise une déduction selon le mode de paiement choisi en paiement des primes requises sous la police #901107 au taux en vigueur ou à tout autre autorisé ultérieurement.

Signature _____ Date _____

SVP envoyer au :

Président des services financiers du RARM
QG de la défense nationale
4210, rue Labelle
Ottawa ON KIA 0K2

ou

Services du RARM
La Financière Manuvie
CP 1030,2727 Joseph Howe Dr
Halifax NS B3J 2XS

43F (11/2011)

Important Information for you Records



Medical information Bureau

The following is a summary of the details about the release of personal information by the Medical Information Bureau. You acknowledge the receipt of this notice when you sign this application form.

Information regarding your insurability will be treated as confidential. Manulife Financial or its reinsurers may, however, make a brief report thereon to the Medical Information Bureau, a non-profit membership organization of the life insurance companies, which operates an information exchange on behalf of its members. If you apply to another Bureau member company for life or health insurance coverage, or claim for benefits is submitted to such a company, the Bureau, upon request, will supply such company with the information on its file.

Upon receipt of a request form you, the Bureau will arrange disclosure of any information it may have on your file.

If you question the accuracy of the information in the Bureau's file, you may contact the Bureau and seek a correction. The address of the Bureau's information office is 330 University Avenue, Toronto, ON M5G 1R7. Telephone (416) 597-0590.

Manulife Financial or its reinsurers may also release information in its file to other insurance companies to whom you apply for life or health insurance or to whom a claim for benefits may be submitted.

For assistance in the completion of this application form, please contact the local SISIP FS insurance representative in your area or call 1-800-267-6681.

COLD LAKE	780-594-4562
BAGOTVILLE	418-677-3333
BORDEN/LONDON/NORTH BAY/TORONTO	705-424-2262
EDMONTON/WAINWRIGHT/CALGARY	780-973-3130
ESQUIMALT/COMOX/VANCOUVER/COLORADO SPRINGS	250-363-3301
GAGETOWN/MONCTON/PEI	506-357-3666
GREENWOOD	902-765-6714
HALIFAX/SHEARWATER	902-425-6926
KINGSTON	613-547-1172
NEWFOUNDLAND & LABRADOR	709-570-8480
OTTAWA	613-233-2177
PETAWAWA	613-687-0025
SHILO	204-765-7120
ST-JEAN/MONTREAL	450-357-9595
TRENTON	613-965-4823
VALCARTIER	418-844-0111
WINNIPEG/MOOSE JAW/REGINA	204-984-3222

Please forward completed forms to:

SISIP Financial Services
NDHQ - 4210 Labelle Street
Ottawa, ON K1A 0K2

www.sisip.com