

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Je désire : adhérer à l'assurance collective.
 modifier mon assurance collective.

A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur	N° de contrat C001	N° de compte
--------------------	------------------------------	--------------

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent		Prénom		N° d'identification ou de certificat		N° d'assurance sociale	
Adresse - N°, rue, app.							
Ville		Province		Code postal		Date de naissance	
				AAAA MM JJ		Sexe	
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Français	
						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Anglais	
Statut d'emploi		Travail à temps		Salaire annuel		Date d'entrée en service ou d'embauche	
<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire		<input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel : %				AAAA MM JJ	
Employeur précédent				N° de compte		Date du départ	
						AAAA MM JJ	

C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE ¹ ASSURANCE MALADIE ASSURANCE VOYAGE	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exemption ²	1 La participation à ce régime est obligatoire. 2 Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OPTIONNEL 1 ³ ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE ⁴	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	3 La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base ou elle doit être individuelle. Cependant, si vous avez choisi l'exemption du régime de base, vous pouvez choisir la protection que vous désirez. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois. 4 L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ASSURANCE VIE ET MMA SUPPLÉMENTAIRES ⁵	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Multiple du salaire annuel : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ⁶	5 Vous pouvez adhérer à ces garanties seulement si vous avez adhéré aux garanties assurance vie et MMA de base et assurance salaire de longue durée. Vous devez obligatoirement fournir des preuves d'assurabilité. 6 Une tarification spécifique s'applique au statut de non-fumeur. Le statut de non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé pendant une période de 12 mois.
OPTIONNEL 3 ⁷ ASSURANCE SOINS DENTAIRES	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	7 Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous devez choisir la même protection que celle que vous avez choisie pour le régime optionnel 1. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

D - MODIFICATIONS – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés.

Veuillez indiquer l'événement de vie justifiant le(s) changement(s) demandé(s) : <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Union de fait (minimum de douze mois) <input type="checkbox"/> Divorce, séparation ou fin de vie commune <input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint <input type="checkbox"/> Fin de l'admissibilité des enfants à charge <input type="checkbox"/> Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant <input type="checkbox"/> Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective <input type="checkbox"/> Retour aux études d'un enfant <input type="checkbox"/> Mariage ou union civile <input type="checkbox"/> Aucun événement de vie	Date de l'événement de vie AAAA MM JJ
---	--

E - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE – Voir au verso l'information sur la désignation des bénéficiaires.

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur	Veuillez cocher :
			AAAA MM JJ	
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

F - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions qu'il contient. Je reconnais avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. J'autorise Desjardins Assurances, ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser mes renseignements et ceux de mon conjoint ou de mes personnes à charge et à les communiquer à des personnes ou organismes (pharmacies, professionnels de la santé, institutions, agences d'enquête et assureurs) à des fins de tarification, de gestion optimale de la santé, de vérification et de règlement des prestations. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent : _____ Signature du responsable chez l'employeur : _____ Date : _____

BLANCHE - Desjardins Assurances JAUNE - Employeur ROSE - Adhérent VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérent.

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est **RÉVOCABLE**, à moins de stipulation contraire.

Pour toutes les autres provinces : La présente désignation de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire **NE PEUT** être changée sans son consentement. La désignation **IRRÉVOCABLE** d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.
