

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Veuillez écrire en lettres majuscules.

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

Nom de l'employeur	N° de contrat 30000	N° de compte
Centre de responsabilité	Centre d'opération	

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de famille et prénom de l'adhérent	N° d'assurance sociale	N° d'identification ou de certificat
Adresse - N°, rue, app.	Ville	Province Code postal
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance AAAA MM JJ	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Paie variable	Travail à temps <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel : %	Date d'admissibilité AAAA MM JJ
Unité syndicale : <input type="checkbox"/> SFPQ <input type="checkbox"/> SPEQ <input type="checkbox"/> SPMGQ <input type="checkbox"/> APCDGQ <input type="checkbox"/> FCCRQ <input type="checkbox"/> SAPSCQ <input type="checkbox"/> APGCGQ <input type="checkbox"/> SCSGQ <input type="checkbox"/> SAPFQ		Employeur précédent Date du départ AAAA MM JJ

C - CHOIX DE PROTECTIONS

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE^A	<input type="checkbox"/> SANTÉ 1 <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> SANTÉ 2 ^B <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> SANTÉ 3 ^C <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemption	A La participation à ce régime est obligatoire. Cependant, vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire. Veuillez remplir le formulaire Demande d'exemption n° 02757. B La durée minimale de participation à ce régime est de 24 mois avant qu'une diminution de protection soit permise. C La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois avant qu'une diminution de protection soit permise.
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE	ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Montant de protection : 1 fois le salaire annuel
	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ^D <input type="checkbox"/> 1 x salaire <input type="checkbox"/> 3 x salaire <input type="checkbox"/> 2 x salaire <input type="checkbox"/> Aucune	D Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base. Vous devez obligatoirement remplir des preuves d'assurabilité. Une tarification spécifique s'applique pour le statut non-fumeur. Le statut non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé depuis 12 mois ou plus.
	ASSURANCE MMA ADDITIONNELLE <input type="checkbox"/> 1 x salaire <input type="checkbox"/> 3 x salaire <input type="checkbox"/> 2 x salaire <input type="checkbox"/> Aucune	Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Vous pouvez choisir un montant égal ou inférieur au montant que vous avez choisi pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.
	ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT ^D <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucune	D Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base. Vous devez obligatoirement remplir des preuves d'assurabilité. Une tarification spécifique s'applique pour le statut non-fumeur. Le statut non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé depuis 12 mois ou plus.
ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base.	
RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT	RÉGIME UNIQUE D'ASSURANCE TRAITEMENT	La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation détaillé au contrat.

D - MODIFICATIONS

Raison(s) : Congé sans solde, congé parental, congé de maternité, naissance, mariage, mise à pied temporaire, invalidité, etc.	Date d'effet de l'événement AAAA MM JJ
Je désire : A. <input type="checkbox"/> Modifier les garanties de mon assurance collective. Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés. B. <input type="checkbox"/> Conserver les garanties de mon assurance collective. C. <input type="checkbox"/> Annuler tous les régimes de mon assurance collective sauf le régime d'assurance maladie.	Date prévue du retour AAAA MM JJ

E - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

Suite au verso.

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

PROVINCE DE QUÉBEC

La désignation du conjoint légalement marié ou un civilement à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est IRRÉVOCABLE à moins que vous ne cochiez la case Désignation révocable suivante :

Désignation révocable - Je peux modifier cette désignation à tout moment.

- La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre leurs désignations irrévocables, veuillez utiliser le formulaire Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire n° 20007.

TOUTES LES AUTRES PROVINCES

La désignation de tous les bénéficiaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre certaines désignations irrévocables, veuillez utiliser le formulaire Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire n° 20007.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

E - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

Suite.

BÉNÉFICIAIRES

Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
3	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
4	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES : Personnes désignées pour recevoir le montant assuré si les bénéficiaires désignés en premier lieu sont décédés au moment où il devient payable.

Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

F - DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE

Ne s'applique pas au Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous **NE DEVEZ PAS** remplir cette section.

Pour toutes les provinces à l'exception du Québec : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Le fiduciaire désigné recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. Une désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Nom et prénom du fiduciaire :

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

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande d'adhésion 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 sur 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 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 :

N^{os} de téléphone : **Résidence :**

Travail :

Poste :

H - 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.

Veillez transmettre une copie à votre employeur et conserver l'original pour vos dossiers.