

Nouvelle demande Remise en vigueur

A IDENTIFICATION - Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur		N° de contrat	N° de compte	N° de certificat	
Nom de l'adhérent		Prénom		Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Adresse - N°, rue, app.		Ville	Province
Code postal		Salaire annuel	Catégorie	Date d'entrée en service à temps plein AAAA MM JJ	Date d'admissibilité AAAA MM JJ
N ^{bre} d'heures/semaine		Fonction actuelle :			

B CHOIX DES PROTECTIONS ET EXEMPTION

Individuelle Si votre régime le permet, désirez-vous adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge? Oui Non

Familiale

Couple Si votre régime le permet, en choisissant l'une ou l'autre de ces protections, vous détiendrez automatiquement l'assurance vie de base des personnes à charge.

Monoparentale

Exemption de la garantie Accident-maladie Si votre régime le permet, vous pouvez vous exempter d'une ou de ces garanties.

Exemption de la garantie Soins dentaires Vous devez toutefois être déjà couvert par un autre régime d'assurance collective semblable.

C IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

- Veuillez remplir cette section si vous avez choisi une protection couple, familiale ou monoparentale.
- Si vous avez plus de 4 enfants à charge, veuillez remplir un formulaire n° 9146 supplémentaire ou un formulaire Déclaration des personnes à charge n° 00291F.

CONJOINT

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Marié	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait - Date de début de cohabitation :		- Un enfant est-il né de cette union? <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous.	
Autre assurance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - remplir ci-contre	Garantie ou soins couverts <input type="checkbox"/> Soins médicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins dentaires	Protection <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	Si votre conjoint est aussi assuré par Desjardins Assurances* N° de contrat : _____ N° de certificat : _____

ENFANTS À CHARGE

1	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle ² AAAA MM JJ AAAA MM JJ				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				
2	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle ² AAAA MM JJ AAAA MM JJ				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				
3	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle ² AAAA MM JJ AAAA MM JJ				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				
4	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle ² AAAA MM JJ AAAA MM JJ				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				

• **Note 1 : Soins faisant partie de la garantie accident-maladie.**

• **Note 3 : Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat.**

• **Note 2 : Veuillez remplir le formulaire Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge n° 09296F et le transmettre à l'adresse indiquée sur celui-ci.**

* Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

D GARANTIES FACULTATIVES

- Veuillez vérifier les dispositions permises par votre régime.
 - Pour chaque garantie, veuillez indiquer la protection désirée.
 - Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009, sauf si vous choisissez uniquement la garantie MMA facultative.
- IMPORTANT – Le Rapport d'assurabilité doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande.**
Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle.

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?

Adhérent : Oui Non

Conjoint : Oui Non

Si votre régime le permet, vous pouvez bénéficier de la prime pour non-fumeur en avisant l'assureur que vous ou votre conjoint avez cessé de faire usage du tabac depuis 12 mois ou plus.

VIE FACULTATIVE

Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel

Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES (MMA) FACULTATIVE

Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel

Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel

Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

E DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

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 uni 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.

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 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 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 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. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Signature de la personne autorisée :

Date :

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.

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS

Veuillez conserver l'original et remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR

Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et remettre une copie à l'adhérent.