Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardins.com/adherent
1 866 505-7050

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – C001

Je désire : ☐ **adhérer à l'assurance collective** ☐ **modifier mon assurance collective**

Section A. Identification de l'employeur – Veuillez écrire en lettres majuscules.

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

Section B. Identification de l'adhérent

Nom de l'adhérent	Prénom	N° d'identification ou de certificat		
Adresse – N°, rue, app.		**Date de naissance** AAAA MM JJ	**Sexe**	**Langue**
			☐ M ☐ F	☐ Français ☐ Anglais
Ville	**Province**	**Code postal**		

Statut d'emploi	Travail à temps :	Salaire annuel	Date d'entrée en service ou d'embauche	N° d'employé
☐ Permanent ☐ Temporaire	☐ Complet (plus de 70 %) ☐ Partiel (26 % à 70 %) ☐ Partiel (25 % et moins)		AAAA MM JJ	

Employeur précédent	N° de compte	Date du départ AAAA MM JJ

Section C. Choix de module et de statut de protection – Le **statut de protection doit être le même** en assurance maladie et en soins dentaires.

Garanties	Choix de module	Statut de protection	Dispositions contractuelles
Assurance maladie	☐ Base ☐ Intermédiaire ☐ Complet	☐ Individuelle ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Exemption	La participation à la garantie d'assurance maladie est obligatoire. Vous avez cependant la possibilité de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire. La durée minimale de participation au module d'assurance maladie est de 24 mois avant de pouvoir changer de module à la baisse. Vous pouvez augmenter votre niveau de protection en tout temps.
Soins dentaires (garantie facultative)	☐ Base ☐ Complet ☐ Je ne désire pas adhérer	Cette section doit être complétée seulement si l'option *Exemption* en assurance maladie a été sélectionnée. ☐ Individuelle ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale	La participation au régime soins dentaires est facultative. La durée minimale de participation en assurance soins dentaires est de 36 mois avant de pouvoir changer de module à la baisse ou cesser sa participation. Vous pouvez adhérer ou augmenter votre niveau de protection en tout temps. **À noter qu'un exempté en assurance maladie peut participer au régime soins dentaires selon le statut de protection qui lui convient.**
Assurance salaire de longue durée	☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*		La participation à cette garantie est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire « Renonciation à l'assurance salaire de longue durée » (n° 22045F) pour vous prévaloir de ce droit.
Assurance vie et décès et mutilation accidentels de base			Garanties obligatoires selon les dispositions : Adhérent : 1x le salaire Conjoint : 10 000 $ Enfants à charge : 5 000 $
Garanties facultatives[1] Assurance vie et décès et mutilation accidentels supplémentaires de l'adhérent	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non Multiple du salaire annuel : ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x		Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009). Il 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.

[1]Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consulter le formulaire « Avis de résolution » (n° 19210F) sur desjardins.com/adherent.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Section D. Modifications – Cochez le module et le statut de protection désirés dans la section C.

Indiquer l'événement de vie justifiant le changement de **statut de protection** demandé :

- ☐ Décès
- ☐ Divorce, séparation ou fin de vie commune
- ☐ Fin de l'admissibilité des enfants à charge
- ☐ Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective
- ☐ Mariage ou union civile
- ☐ Union de fait (minimum de douze mois)
- ☐ Cessation de l'assurance du conjoint
- ☐ Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant
- ☐ Retour aux études d'un enfant
- ☐ Aucun événement de vie

Date de l'événement de vie

AAAA MM JJ

Section E. Désignation des bénéficiaires

Bénéficiaire révocable : la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire peut être changée sans son consentement.

Bénéficiaire irrévocable : la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne peut 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, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (nº 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, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (nº 20007).

BÉNÉFICIAIRES

	Nom et prénom	Lien avec l'adhérent	%
1		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre :	
3		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre :	
4		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ 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		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Marié ☐ Enfant ☐ Ami ☐ Parent ☐ Autre :	

Section 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 _____

Section G. Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaitre comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité. 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.

Section H. Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation 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 (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.), de vérification et de règlement des prestations. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je comprends et j'accepte que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

En signant ce formulaire, j'autorise Desjardins Assurances à collecter, à utiliser et à partager mes renseignements personnels conformément à la règlementation applicable et à la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins qui m'a été présentée avant de signer ce consentement.

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

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS – Conservez l'original et remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR – Retournez l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérent.

IMPRIMER RÉINITIALISER