

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

Nom de l'employeur

N° de contrat
F001

N° de compte

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE

Nom de l'adhérente

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
☐ M ☐ F

Langue
☐ Français ☐ Anglais

Statut d'emploi
☐ Permanent ☐ Temporaire

Travail à temps
☐ complet ☐ partiel : %

Salaire annuel *

Date d'entrée en service ou d'embauche
AAAA MM JJ

N° d'employée

Employeur précédent

N° de compte

Date du départ
AAAA MM JJ

C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

RÉGIMES

PROTECTIONS DÉSIRÉES

DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

BASE

MÉDICAMENTS ^A

☐ Individuelle ☐ Familiale
☐ Monoparentale ^B ☐ Exemption ^C

A

La participation à ce régime est obligatoire.

BASE

MALADIE

COMPLÉMENTAIRE ³ ^D

☐ Individuelle ☐ Familiale
☐ Monoparentale ^B ☐ Exemption ^C

B

Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (mariage, union civile ou de fait) peut choisir la protection monoparentale.

C

Vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire et ce, même si la participation au régime est obligatoire.

D

La participation à ce régime est obligatoire. La protection choisie peut être la même que celle choisie pour le régime de base médicaments ou elle peut être individuelle, selon votre choix. Toutefois, si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments, vous devez également demander l'exemption du régime de base maladie complémentaire 3.

COMPLÉMENTAIRE ¹ ^E

ASSURANCE
SOINS DENTAIRES

☐ Individuelle ☐ Familiale
☐ Monoparentale ^B ☐ Exemption ^C

E

La participation à ce régime est obligatoire s'il a été choisi par votre établissement.

COMPLÉMENTAIRE ²

ASSURANCE VIE
ET MMA DE BASE ^F

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE ^G :
SI VOUS AVEZ CHOISI L'EXEMPTION DU RÉGIME DE BASE MÉDICAMENTS, VEUILLEZ INDiquer VOTRE CHOIX :

Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non

F

L'assurance vie et MMA de base ainsi que l'assurance invalidité de longue durée sont obligatoires, sans droit de refus.

ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES :

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE ^G
ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES

☐ 5 000 \$ ☐ 50 000 \$
☐ 10 000 \$ ☐ 75 000 \$ ^H
☐ 15 000 \$ ☐ 100 000 \$ ^H
☐ 25 000 \$ ☐ Aucune

H

Des preuves d'assurabilité sont obligatoires lors de l'adhésion si vous choisissez l'une ou l'autre de ces options. Par la suite, des preuves d'assurabilité sont obligatoires pour toute demande d'ajout ou d'augmentation d'un montant d'assurance vie et MMA additionnelles.

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) :

☐ 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

E - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE — Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s).

Norm, prénom

Lien avec l'adhérente

%

Date de naissance si mineur
AAAA MM JJ

Veuillez cocher
☐ Révocable ☐ Irrévocable
☐ Révocable ☐ Irrévocable

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE
(Informations importantes au verso)

Pour la province de Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.
Pour toutes les autres provinces : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Norm et prénom du fiduciaire

Lien avec l'adhérente

Adresse du fiduciaire

N° rue, app.

Ville

Province

Code postal

F - 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 vérifiés. 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 des renseignements indiqués au verso du 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 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 mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement à la même valeur que l'original.

Signature
de l'adhérente

Signature du responsable
chez l'employeur

Date

BLANCHE - Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérente.

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

ROSE - Adhérente

10190F (13-04)