

ASSURANCES POUR EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS (SNS)

PRÉSENTATION DU FORMULAIRE



Votre assurance Desjardins regroupe :

- **Quatre niveaux de protection**

- o Base
- o Optionnel 1
- o Optionnel 2
- o Optionnel 3

- **Trois statuts de protection**

- o Individuel
- o Monoparental
- o Familial

En tant que personne adhérente, vous devez choisir :

- **Un niveau de protection** (Base, optionnel 1, etc.)
- **un statut de protection** (individuel, monoparental ou familial)

Si vous êtes déjà assuré avec vos parents ou votre conjoint, vous devez cocher **Exemption** et nous fournir une **preuve**.

PRÉSENTATION DU FORMULAIRE



Si nous ne recevons pas le formulaire dans les délais, vous aurez l'assurance de base individuelle, tel qu'exigé par la loi.

Conseil

En cas de doute, nous vous proposons de commencer par la protection de base et d'augmenter quand vous aurez fait votre choix.

Vous pouvez augmenter en tout temps vos protections d'assurance, mais pour les **diminuer**, vous devez **attendre 36 mois**.

FRAIS ADMISSIBLES

EXTRAITS DE LA BROCHURE DESJARDINS

Le régime de base inclus :

RÉGIME DE BASE (Participation obligatoire)		
Assurance maladie		
Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Frais hospitaliers au Canada	100 %	Chambre semi-privée
Maison de convalescence	100 %	Chambre semi-privée, maximum 30 jours par année civile
Ambulance	100 %	Aucun

Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Médicaments (Carte de paiement direct)	<u>Médicaments génériques</u> : 80 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché <u>Médicaments de marque</u> : 80 %* du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué est dûment rempli par le médecin et soumis à l'assureur. 80 %* du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché. * Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 5 000 \$ de frais admissibles de médicaments engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, par année civile, et passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.	Aucun sauf vaccins préventifs et produits antitabac (voir détails de la garantie)

RÉGIME DE BASE (Participation obligatoire) (suite)		
Assurance maladie		
Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Membre ou oeil artificiels	80 %	30 000 \$ par année civile
Fournitures médicales et appareils orthopédiques	80 %	Aucun
Glucomètre	80 %	300 \$ par période de 5 ans
Injectons sclérosantes	80 %	16 \$ par traitement
Équipements thérapeutiques	80 %	20 000 \$ par année civile
Prothèse capillaire	80 %	480 \$ par période de 60 mois
Soutien-gorge pour prothèses mammaires	80 %	200 \$ par période de 24 mois
Sténilet	80 %	200 \$ par période de 24 mois

Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Transport et hébergement pour des soins médicaux hors région	80 %	Hébergement : 48 \$ par jour Maximum global de 1 000 \$ par année civile pour l'hébergement et le transport
Assurance voyage	100 %	5 000 000 \$ à vie

FRAIS ADMISSIBLES

Le régime optionnel 1 inclus :

RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative d'une durée minimum de 3 ans)		
Assurance maladie complémentaire		
Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Infirmier, infirmier auxiliaire	80 %	5 000 \$ par année civile
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique	80 %	480 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Chirurgien dentiste et chirurgie plastique	80 %	Aucun
Radiographies (techniques d'imagerie médicale) et examens de laboratoire	80 %	800 \$ par année civile
Chiropraticien, podiatre (ou podologue), naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, diététiste (ou nutritionniste), massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute	80 %	20 \$ par visite, 400 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Radiographies par un chiropraticien	80 %	40 \$ par année civile
Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Psychologue, travailleur social, conseiller en orientation	80 %	600 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste	80 %	20 \$ par visite, 480 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Appareils auditifs	80 %	240 \$ par période de 36 mois
Bas de soutien	80 %	125 \$ par année civile
Orthèses podiatriques et chaussures orthopédiques	80 %	125 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais

RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative d'une durée minimum de 3 ans) (suite)	
Assurance vie des personnes à charge	
Personnes admissibles	Somme assurée
Conjoint	5 000 \$
Enfant	2 500 \$

FRAIS ADMISSIBLES

Le régime optionnel 2 inclus :

RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative)	
Assurance vie de base de l'adhérent	
Somme assurée	1 fois le salaire annuel
Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent	
Somme assurée : selon la perte, de 25 % à 100 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.	

RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative) (suite)	
Assurance salaire de longue durée	
Délai de carence	5 jours ouvrables plus 104 semaines pour un adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent 7 jours civils plus 104 semaines pour tout autre adhérent
Rente mensuelle	80 % du salaire mensuel net
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Réduction	Directe : rente d'invalidité RRQ, CSST, SAAQ et autres Indirecte : revenus de toutes sources limités à 100 % du salaire mensuel net
Indexation	Indice RRQ, maximum 3 %
Invalidité	Premiers 48 mois : l'emploi de l'adhérent Après 48 mois : tout emploi

RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative) (suite)	
Assurance vie supplémentaire	
Somme assurée	1 à 5 fois le salaire annuel, avec preuves d'assurabilité
Assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent	
Somme assurée : selon la perte, de 25 % à 100 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie supplémentaire de l'adhérent.	

RÉGIME OPTIONNEL 3 (Participation facultative, d'une durée minimum de 3 ans)		
Assurance soins dentaires		
Frais admissibles	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximal (par personne assurée)
Prévention	80 %	1 000 \$ par année civile pour l'ensemble des soins
Base • obturation • endodontie • parodontie • chirurgie buccale	80 %	
Restauration et prothèses • restauration extensive (couronnes) • prothèses amovibles • prothèses fixes	50 %	

ADHÉSION AUX ASSURANCES



ASSURANCE MÉDICAMENTS ET OPTIONS FACULTATIVES

- Pour les employés titulaires d'un poste à temps complet ou d'un poste de 7 jours et plus par période de paie :
Elles entreront en vigueur **1 mois** suivant l'embauche.
- Pour les employés titulaires d'un poste de 6 jours ou moins par période de paie ou sur un remplacement :
Elles entreront en vigueur **3 mois** suivant l'embauche.

INSTRUCTIONS POUR COMPLÉTER VOTRE FORMULAIRE D'ASSURANCE



FORMULAIRE À COMPLÉTER



C, P, 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancesvie.com/adherent
Tél. : 1 800 463-7843

ASSURANCE COLLECTIVE – ADMINISTRATION DES CONTRATS

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

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

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	
Adresse – N°, rue, app.	
Date de naissance AAAA MM JJ	
Sexe ☐ M ☐ F	
Langue ☐ Français ☐ Anglais	
Ville	Province
Code postal	
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'employé	
Employeur précédent	N° de compte
Date du départ AAAA MM JJ	

C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS		
RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE Assurance maladie Assurance voyage	☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale ☐ Exemption	La participation à ce régime est obligatoire. Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OBLIGATOIRE 2 Assurance vie de base de l'adhérent Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent		La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
Assurance salaire de longue durée	☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	
OPTIONNEL 1 Assurance maladie complémentaire Assurance vie des personnes à charge	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. 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. L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non Multiple du salaire annuel : ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non	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. 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 Assurance soins dentaires	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative (applicable aux régimes optionnels 1, 2 et 3).
Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résiliation n° 19210F* sur desjardinsassurancesvie.com/adherent.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

10006F (2023-04)

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

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 1

Étape 1 - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT (VOUS)

Complétez les champs de la partie B.

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	
Ville		Province		Code postal	
Statut d'emploi		Travail à temps		Salaire annuel	
☐ Permanent		☐ Complet			
☐ Temporaire		☐ Partiel : %			
Employeur précédent				N° de compte	
				Date du départ	
				AAAA MM JJ	
				Sexe	
				☐ M ☐ F	
				Langue	
				☐ Français ☐ Anglais	
				N° d'employé	

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

Étape 2 – CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS		
RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE Assurance maladie Assurance voyage	☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale ☐ Exemption	La participation à ce régime est obligatoire. Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OBLIGATOIRE 2 Assurance vie de base de l'adhérent Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent		La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
Assurance salaire de longue durée	☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	
OPTIONNEL 1 Assurance maladie complémentaire Assurance vie des personnes à charge	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. 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. L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non Multiple du salaire annuel : ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non	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. 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 Assurance soins dentaires	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative (applicable aux régimes optionnels 1,2 et 3).
 Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résolution* n°19210F sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

2.1 – Choix de régimes et de protections - RÉGIME DE BASE

Cochez le statut de protection désirée : individuelle – monoparentale – familiale

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE Assurance maladie Assurance voyage	☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Exemption	La participation à ce régime est obligatoire. Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.

****** Si vous détenez une assurance et souhaitez vous exempter, cocher **Exemption** et nous fournir une **preuve**.

PRIMES DU RÉGIME DE BASE

Régime d'assurance collective des employés syndiqués non syndiqués et non syndiqués du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1^{er} AVRIL 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)

RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE

Employé avec un titre d'emploi des rangements 12 à 28			
a) Employé (moins de 65 ans et 65 ans et plus inscrit à la RAMQ) travaillant à 70 % ou plus du temps complet	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur*	Prime totale
Individuel	34,10 \$	7,17 \$	41,27 \$
Monoparental	41,40 \$	17,91 \$	59,31 \$
Familial	83,06 \$	17,91 \$	100,97 \$
b) Employé (65 ans et plus, non inscrit à la RAMQ) travaillant à 70 % ou plus du temps complet	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur*	Prime totale
Individuel	177,70 \$	7,17 \$	184,87 \$
Monoparental	198,08 \$	17,91 \$	215,99 \$
Familial	398,15 \$	17,91 \$	416,06 \$

Employé avec un titre d'emploi des rangements 1 à 11			
a) Employé (moins de 65 ans et 65 ans et plus inscrit à la RAMQ) travaillant à 70 % ou plus du temps complet	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur*	Prime totale
Individuel	25,43 \$	15,84 \$	41,27 \$
Monoparental	19,59 \$	39,72 \$	59,31 \$
Familial	61,25 \$	39,72 \$	100,97 \$
b) Employé (65 ans et plus, non inscrit à la RAMQ) travaillant à 70 % ou plus du temps complet	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur*	Prime totale
Individuel	169,03 \$	15,84 \$	184,87 \$
Monoparental	176,27 \$	39,72 \$	215,99 \$
Familial	376,34 \$	39,72 \$	416,06 \$

* Pour l'adhérent à temps partiel travaillant à moins de 70 % du temps complet, la contribution de l'employeur est réduite de 50 % et la prime de l'adhérent est augmentée d'un montant équivalent.

La contribution de l'employeur applicable est celle prévue à l'entente de travail de l'adhérent et peut différer de celle indiquée dans ce tableau.

La contribution de l'employeur indiquée est celle apparaissant au Répertoire des conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux publié le 20 janvier 2022. La date d'application de cette nouvelle contribution peut différer d'un établissement à l'autre.

Ces primes ne comprennent pas la taxe provinciale de 9 %.

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

2.1 – Choix de régimes et de protections - RÉGIME OBLIGATOIRE 2

Si vous désirez renoncer, vous devez compléter le formulaire « *Renonciation à l'assurance salaire de longue durée* »

OBLIGATOIRE 2 Assurance vie de base de l'adhérent Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent		La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
Assurance salaire de longue durée	☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	

Primes du Régime obligatoire 2

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1 ^{er} AVRIL 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)	
RÉGIME OBLIGATOIRE 2	Contribution de l'adhérent
Assurance salaire de longue durée	0,839 % du salaire
Assurance vie de base de l'adhérent	0,144 % du salaire
Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent (MMA)	0,036 % du salaire

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

2.2 – Choix de régimes et de protections - OPTIONNEL 1 – *Facultatif*

Cochez la réponse de votre choix.

Si vous adhérez, choisissez le statut de protection.

La durée de participation est de **36 mois**.

OPTIONNEL 1	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. 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. L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
Assurance maladie complémentaire		
Assurance vie des personnes à charge		

Primes du Régime optionnel 1

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1 ^{er} AVRIL 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)	
RÉGIME OPTIONNEL 1 (Assurance maladie complémentaire et assurance vie des personnes à charge)	Contribution de l'adhérent
Individuel	6,51 \$
Monoparental	11,49 \$
Familial	16,99 \$

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

2.3 - Choix de régimes et de protections - OPTIONNEL 2 – *Facultatif*

Cochez la réponse de votre choix.

Si vous adhérez, vous devez remplir le Formulaire d'assurabilité dans les 45 jours suivant votre demande.

OPTIONNEL 2	1	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non	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. 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.
Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires	2	Multiple du salaire annuel : ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x	
	3	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? ☐ Oui ☐ Non	

PRIMES DU RÉGIME OPTIONNEL 2

2.3 - Choix de régimes et de protections - OPTIONNEL 2 – Facultatif (suite)

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1 ^{er} AVRIL 2022 AU 31 DÉCEMBRE 2022 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)				
ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE* (INCLUANT MMA*)				
TAUX DE PRIME PAR PÉRIODE DE 14 JOURS, PAR 1 000 \$ DE SOMME ASSURÉE				
ÂGE	HOMME		FEMME	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 35 ans	0,058 \$	0,042 \$	0,050 \$	0,024 \$
35 à 39 ans	0,074 \$	0,050 \$	0,066 \$	0,042 \$
40 à 44 ans	0,106 \$	0,074 \$	0,091 \$	0,058 \$
45 à 49 ans	0,165 \$	0,115 \$	0,124 \$	0,082 \$
50 à 54 ans	0,247 \$	0,165 \$	0,156 \$	0,115 \$
55 à 59 ans	0,388 \$	0,289 \$	0,223 \$	0,165 \$
60 à 64 ans	0,568 \$	0,445 \$	0,346 \$	0,271 \$
65 à 67 ans	0,767 \$	0,635 \$	0,388 \$	0,321 \$
68 à 70 ans	1,031 \$	0,866 \$	0,553 \$	0,454 \$
71 à 73 ans	1,451 \$	1,204 \$	0,807 \$	0,643 \$
74 à 76 ans	1,864 \$	1,550 \$	1,171 \$	0,924 \$
77 à 79 ans	2,374 \$	1,979 \$	1,625 \$	1,286 \$
Si un adhérent désire demeurer assuré après avoir atteint 80 ans, les taux de prime seront communiqués à l'employeur sur demande auprès de l'assureur.				
Ces taux de prime n'incluent pas la taxe provinciale de 9 %.				
* Des preuves d'assurabilité sont exigées.				

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 2

2.4 – Choix de régimes et de protections - OPTIONNEL 3 – *Facultatif*

Cochez la réponse de votre choix.

Pour adhérer et choisir votre statut de protection. La durée de participation est de **36 mois**

OPTIONNEL 3 Assurance soins dentaires	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Monoparentale	Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.
--	--	--

Primes du Régime optionnel 3

RÉGIME OPTIONNEL 3 (Assurance soins dentaires)	Contribution de l'adhérent
Individuel	15,92 \$
Monoparental	26,24 \$
Familial	43,75 \$

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 3

ÉTAPE 3 – DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

E DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

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		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
3		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
4		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ 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 ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	

Si vous n'indiquez aucun bénéficiaire,
mais que vous prenez l'assurance vie, la somme assurée sera payable à votre succession.

COMPLÉTER LE FORMULAIRE

ÉTAPE 4

ÉTAPE 4 – DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Il est important que vous datiez et signiez votre formulaire.

G 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 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 du responsable
chez l'employeur :

Date :

**Si nous ne recevons pas le formulaire dans les délais,
vous aurez le régime de Base + Obligatoire 2 + assurance salaire longue durée
tel qu'exigé par la loi.**



Des questions? Contactez le Service aux employés.

Par courriel

service.employees.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Par téléphone

514 345-4750, option 3