



Assurances

Vie • Santé • Retraite

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.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 Sexe Langue
Ville Province Code postal
Statut d'emploi Travail à temps Salaire annuel Date d'entrée en service ou d'embauche N° d'employé
Employeur précédent N° de compte Date du départ

C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

Table with 3 columns: RÉGIMES, PROTECTIONS DÉSIRÉES, DISPOSITIONS CONTRACTUELLES. Rows include BASE, OBLIGATOIRE 2, OPTIONNEL 1, OPTIONNEL 2, and OPTIONNEL 3.

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.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

10006F (2022-04)

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

D MODIFICATIONS – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés.

Veillez indiquer l'événement de vie justifiant le(s) changement(s) demandé(s) :

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

Date de l'événement de vie

AAAA MM JJ

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		<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 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 :

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

Veillez conserver l'original et en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et en remettre une copie à l'adhérent.