Desjardins Sécurité financière

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

# DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

Je désire : [X] 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 | N° de compte |
|---|---|---|
| CHU DE QUÉBEC- UNIVERSITÉ LAVAL | F001 | AF237 |

## B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE

* Ne rien inscrire dans ces sections. Seront complétées par le CSRH

| Nom de l'adhérente | Prénom | N° d'identification ou de certificat | N° d'assurance sociale |
|---|---|---|---|
| Nom | Prénom | | 999-999-999 |

Adresse - N°, rue, app.: 999 rue de l'adresse

| Ville | Province | Code postal | Date de naissance (AAAA MM JJ) | Sexe | Langue |
|---|---|---|---|---|---|
| Québec | Québec | G1G 1G1 | AAAA/MM/JJ | [X] M [ ] F | [■] Français [ ] Anglais |

| Statut d'emploi * | Travail à temps * | Salaire annuel * | Date d'entrée en service ou d'embauche * (AAAA MM JJ) | N° d'employée |
|---|---|---|---|---|
| [ ] Permanent [ ] Temporaire | [ ] complet [ ] partiel : % | | | 99999 |

Inscrire le nom de votre ancien employeur du réseau de la santé

| Employeur précédent | N° de compte | Date du départ (AAAA MM JJ) |
|---|---|---|
| | AF233-9999999 | 2018-01-01 |

Inscrire la date de départ chez votre ancien employeur

## C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

| RÉGIMES | PROTECTIONS DÉSIRÉES |
|---|---|
| BASE MÉDICAMENTS [A] | [ ] Individuelle [ ] Familiale [ ] Monoparentale [B] [ ] Exemption [C] |
| BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 3 [D] | [ ] Individuelle [ ] Familiale [ ] Monoparentale [B] [ ] Exemption [C] |
| COMPLÉMENTAIRE 1 [E] ASSURANCE SOINS DENTAIRES | [ ] Individuelle [ ] Familiale [ ] Monoparentale [B] [ ] Exemption [C] |
| COMPLÉMENTAIRE 2 | 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 |
| ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE [F] | ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES : [ ] 5 000 $ [ ] 50 000 $ [ ] 10 000 $ [ ] 75 000 $ [H] [ ] 15 000 $ [ ] 100 000 $ [H] [ ] 25 000 $ [ ] Aucune |
| ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE [F] | |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE [G] | |
| ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES | |

Choisir le statut de protection (Ind, Mono, Fam ou Exemption)

Protections obligatoires sans droit d'exemption

**DISPOSITIONS CONTRACTUELLES**

**A** La participation à ce régime est obligatoire.

**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.

Base Médicament

**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 3

**E** La participation à ce régime est obligatoire s'il a été choisi par votre établissement. La protection choisie doit être la même que celle choisie pour le régime de base maladie complémentaire 3. Même si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments ainsi que du régime de base maladie complémentaire 3, vous devez choisir une protection en vertu du régime complémentaire 1, sauf si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire.

Complémentaire 1

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

**G** L'assurance vie des personnes à charge est obligatoire si vous avez choisi la protection familiale ou monoparentale pour les régimes complémentaires 1 ou 3.

Assurance vie des personnes à charge

**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.

Assurance vie et MMA additionnelles

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

Ne rien inscrire lors de l'adhésion

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).

Inscrire le ou les noms des bénéficiaires

| Nom, prénom | Lien avec l'adhérente | % | Date de naissance si mineur (AAAA MM JJ) | Veuillez cocher |
|---|---|---|---|---|
| Nom, Prénom | | | | [ ] Révocable [ ] Irrévocable |
| | | | | [ ] Révocable [ ] Irrévocable |

Cocher Révocable ou 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.

Nom 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 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 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 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 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 de l'employé

**Signature du responsable chez l'employeur** Signature du responsable au CSRH

**Date** AAAA-MM-JJ