

# DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

**A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR** – Veuillez écrire en lettres majuscules.

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

Nom de l'employeur	N° de contrat	N° de compte
	<b>F001</b>	

**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	Sexe	Langue	
Statut d'emploi	Travail à temps	Salaire annuel	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Français	
<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> complet			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Anglais	
<input type="checkbox"/> Temporaire	<input type="checkbox"/> partiel :	%				
Employeur précédent			N° de compte	Date du départ		
				AAAA	MM	JJ

**C - CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS**

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES								
<b>BASE MÉDICAMENTS<sup>A</sup></b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	<p><b>A</b> La participation à ce régime est obligatoire.</p> <p><b>B</b> Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (mariage, union civile ou de fait) peut choisir la protection monoparentale.</p>								
<b>BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 3<sup>D</sup></b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	<p><b>C</b> 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.</p> <p><b>D</b> 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.</p>								
<b>COMPLÉMENTAIRE 1<sup>E</sup></b> ASSURANCE SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	<p><b>E</b> La participation à ce régime est obligatoire s'il a été choisi par votre établissement.</p> <p>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.</p>								
<b>COMPLÉMENTAIRE 2<sup>F</sup></b> ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE <sup>F</sup> ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE <sup>F</sup> ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <sup>G</sup> ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES	<p>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE<sup>G</sup> : SI VOUS AVEZ CHOISI L'EXEMPTION DU RÉGIME DE BASE MÉDICAMENTS, Veuillez INDICHER VOTRE CHOIX :</p> <p>Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES :</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 5 000 \$</td><td><input type="checkbox"/> 50 000 \$</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 10 000 \$</td><td><input type="checkbox"/> 75 000 \$<sup>H</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 15 000 \$</td><td><input type="checkbox"/> 100 000 \$<sup>H</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 25 000 \$</td><td><input type="checkbox"/> Aucune</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$ <sup>H</sup>	<input type="checkbox"/> 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$ <sup>H</sup>	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Aucune	<p><b>F</b> L'assurance vie et MMA de base ainsi que l'assurance invalidité de longue durée sont obligatoires, sans droit de refus.</p> <p><b>G</b> 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.</p> <p><b>H</b> 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.</p>
<input type="checkbox"/> 5 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$									
<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 75 000 \$ <sup>H</sup>									
<input type="checkbox"/> 15 000 \$	<input type="checkbox"/> 100 000 \$ <sup>H</sup>									
<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> Aucune									

**D - MODIFICATIONS** – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirées.

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

Nom, prénom	Lien avec l'adhérente	%	Date de naissance si mineur AAAA MM JJ	Veuillez cocher
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_ 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 reconnaissais 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 reconnaissais 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 a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérente      Signature du responsable chez l'employeur      Date

**BLANCHE - Desjardins Sécurité financière JAUNE - Employeur ROSE - Adhérente**  
**VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérente.**

## GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF 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 DSF qui en ont besoin pour leur travail.

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 Sécurité financière  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF 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 DSF.

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec

La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire.

Pour toutes les autres provinces

La présente désignation de bénéficiaire est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement.  
La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

## DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE – Ne s'applique pas au Québec

Un bénéficiaire mineur ne peut donner une quittance à un payeur à l'égard d'un paiement. Conséquemment, le fiduciaire désigné au recto recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Sécurité financière. 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.