

Formulaire à remplir par les employés Non-syndiqués et Physiciens



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

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 EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUES ET NON SYNDICABLES DU RESEAU DE LA SANTÉ	N° de contrat C001	N° de compte AC237
---	------------------------------	------------------------------

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent Nom		Prénom Prénom		Matricule : #99999		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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
							Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	Travail à temps <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> 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 1 ASSURANCE MALADIE ASSURANCE VOYAGE	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input checked="" type="checkbox"/> Exemption 2	1 La participation à ce régime est obligatoire. 2 Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OPTIONNEL 1 3 ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE 4	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	3 La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base ou elle doit être individuelle. 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. 4 L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ASSURANCE VIE ET MMA SUPPLÉMENTAIRES 5	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Multiple du salaire annuel : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 6	5 Vous pouvez adhérer à ces garanties seulement si vous avez adhéré aux garanties assurance vie et MMA de base et assurance salaire de longue durée. Vous devez obligatoirement fournir des preuves d'assurabilité. 6 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 7 ASSURANCE SOINS DENTAIRES	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	7 Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous devez choisir la même protection que celle que vous avez choisie pour le régime optionnel 1. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

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) : <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	Date de l'événement de vie AAAA MM JJ
---	---	--

E - DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE – Voir au verso l'information sur la désignation des bénéficiaires.

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	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
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

F - 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée 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. J'autorise Desjardins Assurances 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'adhérent : **Signature obligatoire** Signature du responsable chez l'employeur : **Signé par responsable CSRH** Date :

BLANCHE - Desjardins Assurances JAUNE - Employeur ROSE - Adhérent VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez remettre une copie à l'adhérent.

Choix de régime obligatoire

Raison de la modification

À remplir si Optionnel 2 choisi