

A - IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules

☐ Nouvelle demande

☐ Remise en vigueur

Nom du preneur			N° de contrat		N° de compte		N° de certificat																				
Nom de l'adhérent			Prénom		Date de naissance		Sexe		Langue		N° d'assurance sociale																
					AAAA		MM		JJ		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais														
Adresse - N°, rue, app.					Ville					Province					Code postal												
Salaire annuel			Catégorie		Date d'entrée en service à temps plein			Date d'admissibilité			N°re d'heures/semaine		Fonction actuelle														
					AAAA			MM			JJ			AAAA			MM			JJ							
Protection : <input type="checkbox"/> Individuelle SANS l'assurance vie des personnes à charge																		<input type="checkbox"/> Monoparentale									
<input type="checkbox"/> Individuelle AVEC l'assurance vie des personnes à charge – Si votre contrat prévoit cette garantie.																		<input type="checkbox"/> Familiale						<input type="checkbox"/> Couple			

B - IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE¹ – Remplir si vous avez choisi une protection monoparentale, familiale ou de couple

CONJOINT

Nom

Prénom

Date de naissance

AAAA

MM

JJ

Sexe

☐ M

☐ F

Date du : ☐ mariage

☐ début de cohabitation →

AAAA

MM

JJ

Un enfant est-il né de cette union?

☐ Non

☐ Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous

AUTRE ASSURANCE		Garantie ou soins couverts		Protection		Période de couverture		Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF							
<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Soins médicaux ²		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale		AAAA		AAAA		MM		JJ		N° de contrat : _____	
<input type="checkbox"/> Oui - remplir ci-contre		<input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ²		<input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple		DU : _____		N° de certificat : _____							
		<input type="checkbox"/> Frais dentaires				AU : _____									

1 - ENFANT À CHARGE

Nom

Prénom

Date de naissance

AAAA

MM

JJ

Sexe

☐ M

☐ F

SI 18 ANS OU PLUS³ :

☐ Étudiant à t. plein

☐ Déficience fonctionnelle

AAAA

MM

JJ

AAAA

MM

JJ

DU :

AU :

Nom de l'établissement scolaire :

AUTRE ASSURANCE		Date de naissance du détenteur de l'autre assurance		Garantie ou soins couverts		Période de couverture		Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF							
<input type="checkbox"/> Non		AAAA		<input type="checkbox"/> Soins médicaux ²		AAAA		AAAA		MM		JJ		N° de contrat : _____	
<input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus				<input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ²		DU : _____		N° de certificat : _____							
<input type="checkbox"/> Autre - remplir ci-contre				<input type="checkbox"/> Frais dentaires		AU : _____									

2 - ENFANT À CHARGE

Nom

Prénom

Date de naissance

AAAA

MM

JJ

Sexe

☐ M

☐ F

SI 18 ANS OU PLUS³ :

☐ Étudiant à t. plein

☐ Déficience fonctionnelle

AAAA

MM

JJ

AAAA

MM

JJ

DU :

AU :

Nom de l'établissement scolaire :

AUTRE ASSURANCE		Date de naissance du détenteur de l'autre assurance		Garantie ou soins couverts		Période de couverture		Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF							
<input type="checkbox"/> Non		AAAA		<input type="checkbox"/> Soins médicaux ²		AAAA		AAAA		MM		JJ		N° de contrat : _____	
<input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus				<input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ²		DU : _____		N° de certificat : _____							
<input type="checkbox"/> Autre - remplir ci-contre				<input type="checkbox"/> Frais dentaires		AU : _____									

¹ Si vous avez plus de deux enfants à charge, veuillez utiliser un formulaire n° 9146 supplémentaire ou remplir un formulaire n° 00291F

² Soins faisant partie de la garantie accident-maladie

³ Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat

C - DEMANDE D'EXEMPTION

Si mon régime le permet, je choisis de **ne pas** participer à la/aux garantie(s) suivante(s) : ☐ accident-maladie ☐ frais dentaires

car je suis déjà couvert par un autre régime d'assurance collective semblable.

D - GARANTIES FACULTATIVES – Veuillez vérifier les dispositions permises par votre régime.

Vous devez remplir le rapport d'assurabilité n° 20009 si vous choisissez la garantie vie facultative OU remplir le formulaire n° 98140F si vous choisissez la garantie maladies redoutées, seule ou avec l'une ou les deux autres garanties. Remplir une seule section : A, B ou C.

<input type="checkbox"/> VIE FACULTATIVE Inscrire le montant total demandé	<input type="checkbox"/> MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES Inscrire le montant total demandé	<input type="checkbox"/> MALADIES REDOUTÉES Inscrire le montant total demandé
Avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 derniers mois? Adhèrent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conjoint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Tout changement à ce statut doit être transmis à l'assureur.</i>	A <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ fois le salaire annuel	A <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ fois le salaire annuel
A <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ fois le salaire annuel	B <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ tranches de _____ \$	B <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ tranches de _____ \$
B <input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ tranches de _____ \$	<input type="checkbox"/> CONJOINT _____ tranches de _____ \$	<input type="checkbox"/> CONJOINT _____ tranches de _____ \$
B <input type="checkbox"/> CONJOINT _____ tranches de _____ \$		
C <input type="checkbox"/> ADHÉRENT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> ADHÉRENT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> ADHÉRENT Montant fixe de _____ \$
C <input type="checkbox"/> CONJOINT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> CONJOINT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> CONJOINT Montant fixe de _____ \$
C <input type="checkbox"/> CHAQUE ENFANT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> CHAQUE ENFANT Montant fixe de _____ \$	C <input type="checkbox"/> CHAQUE ENFANT Montant fixe de _____ \$

E - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) – Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s)

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur	Veuillez cocher		
			AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
						<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 : Pour toutes les autres provinces :	les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section. remplir cette section <u>uniquement</u> si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.				
Nom et prénom du fiduciaire _____ Lien avec l'adhérent _____						
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 a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Signature de la personne autorisée

Date

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.