

DEMANDE D'ADHÉSION

A - IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom du preneur			N° de contrat			N° de compte		N° de certificat	
Nom de l'adhérent		Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	N° d'assurance sociale			
Adresse - N°, rue, app.			Ville	Province		Code postal			
Salaire annuel	Catégorie	Date d'entrée en service à temps plein AAAA MM JJ	Date d'admissibilité AAAA MM JJ	N°bre d'heures/semaine	Fonction actuelle				
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 CHARGE ¹ – Remplir si vous avez choisi une protection monoparentale, familiale ou de couple

CONJOINT			Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date du : <input type="checkbox"/> mariage <input type="checkbox"/> début de cohabitation → AAAA MM JJ	Un enfant est-il né de cette union? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous		
Nom Prénom								
AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - remplir ci-contre		Garantie ou soins couverts <input type="checkbox"/> Soins médicaux ² <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ² <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Frais dentaires	Protection <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	Période de couverture DU : AU :	Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF N° de contrat : _____ N° de certificat : _____			
1 - ENFANT À CHARGE			Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SI 18 ANS OU PLUS ³ : <input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle AAAA MM JJ AU : _____			
Nom Prénom					Nom de l'établissement scolaire : _____			
AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Autre - remplir ci-contre		Date de naissance du détenteur de l'autre assurance AAAA MM JJ	Garantie ou soins couverts <input type="checkbox"/> Soins médicaux ² <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ² <input type="checkbox"/> Frais dentaires	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	Période de couverture DU : AU :	Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF N° de contrat : _____ N° de certificat : _____		
2 - ENFANT À CHARGE			Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	SI 18 ANS OU PLUS ³ : <input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle AAAA MM JJ AU : _____			
Nom Prénom					Nom de l'établissement scolaire : _____			
AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Autre - remplir ci-contre		Date de naissance du détenteur de l'autre assurance AAAA MM JJ	Garantie ou soins couverts <input type="checkbox"/> Soins médicaux ² <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ² <input type="checkbox"/> Frais dentaires	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	Période de couverture DU : AU :	Si l'autre assurance est détenue auprès de DSF N° de contrat : _____ N° de certificat : _____		

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

Signature de la personne autorisée

Date

BLANCHE - Desjardins Sécurité financière **JAUNE** - Preneur **ROSE** - Adhérent
VERSION ÉLECTRONIQUE - Veuillez retourner l'original à Desjardins Sécurité financière et remettre une copie à l'adhérent

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.