

DEMANDE D'ADHÉSION

 Nouvelle demande Remise en vigueur

Section A. Identification – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur LE COMITE PARITAIRE D'INSTALLATION D'EQUIPEMENTS PE		N° de contrat E012	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
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 par semaine
Fonction				

Section B. Choix de protection et exemption – Ces garanties vous seront accordées dans la mesure où elles sont offertes par votre régime d'assurance collective.

Accident-maladie <input type="checkbox"/> Individuelle	Soins dentaires <input type="checkbox"/> Individuelle	Si vous choisissez une protection individuelle en accident-maladie ET en soins dentaires, désirez-vous adhérer à l'assurance vie de base pour vos personnes à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Monoparentale*	<input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Monoparentale*	Si vous choisissez une protection familiale, de couple ou monoparentale en accident-maladie OU en soins dentaires, vous obtiendrez automatiquement l'assurance vie de base pour vos personnes à charge. * Choisissez cette protection seulement si elle est offerte par votre régime. Si les protections monoparentale ou de couple ne sont pas offertes, votre protection par défaut sera la protection familiale.
Exemption <input type="checkbox"/> Exemption de la garantie accident-maladie <input type="checkbox"/> Exemption de la garantie soins dentaires		Vous pouvez vous exempter d'une ou de ces garanties. Vous devez toutefois être déjà couvert par un autre régime d'assurance collective semblable. À supposer que vous demandez une exemption, désirez-vous adhérer à l'assurance vie de base pour vos personnes à charge si elle est offerte par votre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section C. Renseignements relatifs aux personnes à charge – Suite au verso.

- Remplir cette section si vous avez choisi une protection familiale, de couple ou monoparentale.
- Si vous avez plus de 4 enfants à charge, remplir un formulaire n° 9146 supplémentaire.

CONJOINT

Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Marié	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait – Date de début de la cohabitation :		– Avez-vous eu ou adopté un enfant ensemble? <input type="checkbox"/> Oui – Veuillez l'inscrire ci-dessous.	

AUTRE ASSURANCE <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Fournir les informations ci-contre	Garanties ou soins couverts : <input type="checkbox"/> Soins médicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins dentaires
	Protection : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple Date de début : AAAA MM JJ

 Si votre conjoint est aussi assuré par Desjardins Assurances² : N° de contrat : _____ N° de certificat : _____

- Les soins médicaux et paramédicaux font partie de la garantie accident-maladie.
- Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).

Section C. Renseignements relatifs aux personnes à charge – Suite.

ENFANTS						
Nom et prénom	Sexe M – F	Date de naissance AAAA MM JJ	Étudiant à temps plein (18 ou 21 ans et plus) ³	Déficience fonctionnelle ⁴ (18 ou 21 ans et plus) ³	Couvert par un autre régime collectif	
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ AAAAAA MMMM JJJJ
Nom de l'établissement scolaire ⁵ :			Fréquentation scolaire du : _____ au : _____			
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ AAAAAA MMMM JJJJ
Nom de l'établissement scolaire ⁵ :			Fréquentation scolaire du : _____ au : _____			
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ AAAAAA MMMM JJJJ
Nom de l'établissement scolaire ⁵ :			Fréquentation scolaire du : _____ au : _____			
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non	AAAA MM JJ AAAAAA MMMM JJJJ
Nom de l'établissement scolaire ⁵ :			Fréquentation scolaire du : _____ au : _____			

3. Vérifier l'âge admissible selon votre contrat.

4. L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur. Remplir le formulaire « Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge » (n° 09296F) et le transmettre à l'adresse indiquée sur celui-ci.

5. Renseignements requis uniquement pour un enfant étudiant à temps plein de 18 ou 21 ans et plus (selon votre contrat).

Section D. Garanties facultatives – Si vous désirez des garanties additionnelles et qu'elles sont offertes par votre régime, s'il vous plaît remplir cette section.

- Vérifier les dispositions permises par votre régime.
- Pour chaque garantie, indiquer la protection désirée.
- Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009), sauf si vous choisissez uniquement la garantie mort et mutilation accidentelles (MMA) facultative. IMPORTANT – Le Rapport d'assurabilité doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande. Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle.
- Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consulter le formulaire « Avis de résolution » (n° 19210F) sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

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?

Adhérent : Oui Non

Conjoint : Oui Non

Si votre régime le permet, vous pouvez bénéficier de la prime pour non-fumeur en avisant l'assureur que vous ou votre conjoint avez cessé de faire usage du tabac depuis 12 mois ou plus.

Vie facultative

- Adhérent _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Mort et mutilation accidentelles (MMA) facultative

- Adhérent _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Maladies graves facultative

- Adhérent _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Section E. Désignation des bénéficiaires

Bénéficiaire révocable : la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire peut être changée sans son consentement.

Bénéficiaire irrévocable : la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire NE PEUT être changée sans son consentement.
La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne peut être changée avant sa majorité.

PROVINCE DE QUÉBEC

- La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est IRRÉVOCABLE à moins que vous ne cochiez la case « Désignation révocable » suivante :

Désignation révocable – Je peux modifier cette désignation à tout moment.

- La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre leurs désignations irrévocables, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (n° 20007).

TOUTES LES AUTRES PROVINCES

- La désignation de tous les bénéficiaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre certaines désignations irrévocables, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (n° 20007).

BÉNÉFICIAIRES

	Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
3		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
4		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES : Personnes désignées pour recevoir le montant assuré si les bénéficiaires désignés en premier lieu sont décédés au moment où il devient payable.

	Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

Section F. Désignation d'un fiduciaire – Ne s'applique pas au Québec :

les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section. Pour toutes les provinces à l'exception du Québec : remplir cette section **uniquement** si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Le fiduciaire désigné recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. 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.

Nom et prénom du fiduciaire _____

Section G. Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité. Desjardins Assurances 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.

Section H. Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation 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 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 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 (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.), de vérification et de règlement des prestations. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je comprends et j'accepte que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

En signant ce formulaire, j'autorise Desjardins Assurances à collecter, à utiliser et à partager mes renseignements personnels conformément à la réglementation applicable et à la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins qui m'a été présentée avant de signer ce consentement.

Signature de l'adhérent _____

Signature de la personne autorisée _____

Date _____

**RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS**
Conserver l'original et en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
Retourner l'original à Desjardins Assurances
et en remettre une copie à l'adhérent.