



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

IMPORTANT

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les protections d'assurance vie de base et d'assurance salaire de longue durée sont obligatoires pour toutes les personnes détentrices d'un contrat à temps plein ou à temps partiel.

Compléter les parties A, C, D et E

Partie A : Vos nom et prénom et votre matricule (apparaît sur le talon de paye);

Partie C : Vous complétez en cochant les protections facultatives que vous désirez.

Partie D : Vous désignez un ou des bénéficiaires.

Partie E : Vous signez le formulaire et retournez à l'APL les copies blanche, jaune et rose.

**Vous désirez conserver la même protection.
Vous compléter les parties A et E**

1. Vous cochez adéquatement : « Je désire conserver ma protection actuelle » ;

<input checked="" type="checkbox"/> Je désire conserver ma protection actuelle. Veuillez remplir les sections A et D
<input type="checkbox"/> Je désire modifier ou annuler ma protection. Veuillez remplir les sections A, C et D

A - IDENTIFICATION

Nom	Prénom	Numéro matricule
-----	--------	------------------

2. **Partie A** : Vos nom et prénom et votre matricule (apparaît sur le talon de paye);

3. **Partie E** : Vous signez votre formulaire et retournez à l'APL les copies blanche, jaune et rose.

E - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-dessus. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels 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 prélever sur mon salaire les cotisations requises, conformément aux polices établies au nom de mon association.** Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ Signature du responsable chez l'employeur _____ Date _____



NB : Vous conservez l'attestation de Desjardins et la copie « or » du formulaire.

**Vous désirez modifier (ajouter ou enlever) des protections.
Vous compléter les parties A, C et E**

1. Vous cochez adéquatement : « Je désire modifier ou annuler ma protection » ;

<input type="checkbox"/> Je désire conserver ma protection actuelle. Veuillez remplir les sections A et D
<input checked="" type="checkbox"/> Je désire modifier ou annuler ma protection. Veuillez remplir les sections A, C et D

A - IDENTIFICATION

Nom	Prénom	Numéro matricule
-----	--------	------------------

2. **Partie A** : Vos nom et prénom et votre matricule (apparaît sur le talon de paye);

3. Partie C : Garanties facultatives

- Pour toutes les protections que vous désirez **conserver, ajouter ou modifier** au 1^{er} janvier 2010, vous cochez : « **J'adhère à l'assurance...** »;
- Pour toutes les protections que vous **possédez présentement** (Assurance vie des personnes à charge, Assurance vie supplémentaire et Assurance accident-maladie) et que vous ne voulez plus au 1^{er} janvier 2011, vous cochez : « **J'annule cette garantie** »;

4. Partie E : Vous **signez** votre formulaire et **retournez** à l'APL les copies blanche, jaune et rose.

E - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-dessus. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance de la section Gestion des renseignements personnels 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 prélever sur mon salaire les cotisations requises, conformément aux polices établies au nom de mon association.** Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent _____ Signature du responsable chez l'employeur _____ Date _____



NB : Vous conservez l'attestation de Desjardins et la copie « or » du formulaire.

Exemple # 1

Seigneur De Lignery a :

- Assurance vie de base (30 000\$ obligatoire);
- Assurance salaire de longue durée;
- Assurance vie supplémentaire (70 000 \$);
- Assurance accident-maladie familiale.

Il désire modifier son assurance accident-maladie pour une protection monoparentale.

L'assurance salaire de longue durée lui sera octroyée automatiquement au 1^{er} janvier 2010.

Il doit compléter les sections A, C et E.

<input type="checkbox"/> Je désire conserver ma protection actuelle. Veillez remplir les sections A et D
<input checked="" type="checkbox"/> Je désire modifier ou annuler ma protection. Veillez remplir les sections A, C et D

A - IDENTIFICATION

Nom DE LIGNERY	Prénom SEIGNEUR	Numéro matricule 123456789
--------------------------	---------------------------	--------------------------------------

Il apparaît sur votre talon de paye.

Partie A : Cocher : « Je désire modifier.... » , entrer son nom, prénom et matricule.

Partie C : Cocher : « J'adhère à l'assurance vie supplémentaire » et cocher « 70 000 \$ » *parce qu'il conserve*

Cocher : « J'adhère à l'assurance accident-maladie » et cocher « Monoparentale » *parce qu'il conserve mais change « Familiale » pour « Monoparentale ».*

C - GARANTIES FACULTATIVES – Veuillez cocher toutes les garanties désirées ainsi que les garanties à annuler.

PROTECTION DÉSIRÉE AU 1 ^{er} JANVIER 2011	
<input type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <input type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<ul style="list-style-type: none"> • 8 000 \$ en cas de décès du conjoint • 4 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge
<input checked="" type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE <input type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$ L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité. <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input checked="" type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 90 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 110 000 \$ <input type="checkbox"/> 120 000 \$ L'adhérent doit toujours fournir des preuves d'assurabilité.
<input checked="" type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE <input type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<input type="checkbox"/> Individuelle <input checked="" type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <ul style="list-style-type: none"> • Frais d'hospitalisation – Chambre semi-privée à 100 % • Frais paramédicaux incluant les frais de chiropraticien (80 % des frais admissibles)

Partie E : Signer le formulaire et retourner à l'APL les copies blanche, jaune et rose.

Exemple # 2

Elle Desjardins a :

- Assurance vie de base (30 000\$ obligatoire);
- Assurance salaire de longue durée;
- Assurance vie des personnes à charge;
- Assurance accident-maladie familiale.

Elle désire annuler : Assurance-vie des personnes à charge;

Elle désire modifier : Assurance accident maladie « Familiale » pour « Individuelle »;

<input type="checkbox"/> Je désire conserver ma protection actuelle. Veuillez remplir les sections A et D						
<input checked="" type="checkbox"/> Je désire modifier ou annuler ma protection. Veuillez remplir les sections A, C et D						
A - IDENTIFICATION						
<table border="1"> <tr> <td>Nom</td> <td>Prénom</td> <td>Numéro matricule</td> </tr> <tr> <td>DESJARDINS</td> <td>ELLA</td> <td>198765432</td> </tr> </table>	Nom	Prénom	Numéro matricule	DESJARDINS	ELLA	198765432
Nom	Prénom	Numéro matricule				
DESJARDINS	ELLA	198765432				

Il apparaît sur votre talon de paye.

Elle doit compléter les parties A, C et E.

Partie A : Cocher : « Je désire modifier....) , entrer son nom, prénom et matricule.

Partie C : Cocher : « J'annule cette garantie » vis-à-vis « Assurance-vie des personnes à charge » *parce qu'elle annule.*

Cocher : « J'adhère à l'assurance accident-maladie » et cocher « Individuelle » *parce qu'elle conserve mais change « Familiale » pour « Individuelle ».*

C - GARANTIES FACULTATIVES – Veuillez cocher toutes les garanties désirées ainsi que les garanties à annuler.

PROTECTION DÉSIRÉE AU 1 ^{er} JANVIER 2011	
<input type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <input checked="" type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<ul style="list-style-type: none"> • 8 000 \$ en cas de décès du conjoint • 4 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge
<input type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE <input type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$ L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité. <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input checked="" type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$ <input type="checkbox"/> 90 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 110 000 \$ <input type="checkbox"/> 120 000 \$ L'adhérent doit toujours fournir des preuves d'assurabilité.
<input checked="" type="checkbox"/> J'ADHÈRE À L'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE <input type="checkbox"/> J'ANNULE CETTE GARANTIE*	<input checked="" type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <ul style="list-style-type: none"> • Frais d'hospitalisation – Chambre semi-privée à 100 % • Frais paramédicaux incluant les frais de chiropraticien (80 % des frais admissibles)

Partie E : Signer le formulaire et retourner à l'APL les copies blanche, jaune et rose.