Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER D'ASSURANCE

L'ASSOCIATION DES PROFESSEURS DE LIGNERY (CSQ) – CONTRAT Nº 8752

Veuillez remplir et retourner ce formulaire uniquement si vous désirez modifier ou annuler vos protections d'assurance.

A - IDENTIFICATION

Nom	Prénom	Numéro matricule

B - GARANTIES OBLIGATOIRES

ASSURANCE VIE DE BASE	30 000 $
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	75 % du salaire mensuel jusqu'à concurrence de 6 374 $ par mois

C - GARANTIES FACULTATIVES

GARANTIES	PROTECTIONS DÉSIRÉES AU 1ER JANVIER 2018	PROTECTIONS ANNULÉES AU 1ER JANVIER 2018
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	☐ Je désire adhérer à cette garantie. • 8 000 $ en cas de décès du conjoint • 4 000 $ en cas de décès d'un enfant à charge	☐ Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE	☐ Je désire adhérer à cette garantie. ☐ Je désire modifier ma protection. ☐ 10 000 $ ☐ 20 000 $ ☐ 30 000 $ ☐ 40 000 $ L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité. ☐ 50 000 $ ☐ 60 000 $ ☐ 70 000 $ ☐ 80 000 $ ☐ 90 000 $ ☐ 100 000 $ ☐ 110 000 $ ☐ 120 000 $ L'adhérent doit toujours fournir des preuves d'assurabilité.	☐ Je désire annuler cette garantie.*
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	☐ Je désire adhérer à cette garantie. ☐ Je désire modifier ma protection. ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale	☐ Je désire annuler cette garantie.*

*** Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur seront requises si vous désirez adhérer ultérieurement à cette garantie.**

D - 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, 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 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

Veuillez conserver une copie pour vos dossiers et retourner l'original à l'Association des professeurs de Lignery (A.P.L.).

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail. Desjardins Assurances peut faire une compilation de renseignements rendus anonymes à des fins statistiques et d'information. Desjardins Assurances peut aussi communiquer avec ses assurés à des fins de gestion optimale de leur santé.

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 Assurances
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

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. 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 Desjardins Assurances.