

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

**A IDENTIFICATION**

Nom	Prénom	Numéro matricule
Êtes-vous présentement au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si vous êtes absent, veuillez spécifier la raison :		Date du début de l'absence :

**B GARANTIES OBLIGATOIRES**

<b>ASSURANCE VIE DE BASE</b>	30 000 \$
<b>ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE</b>	75 % du salaire mensuel jusqu'à concurrence du maximum prévu au contrat.
<b>ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE</b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exempté
L'option de base est une protection obligatoire pour tous les participants qui sont couverts sous la protection médicament du régime de base de la CSQ (alter ego)	
Le même statut de protection sélectionné pour l'assurance accident-maladie de base s'appliquera également aux protections choisies en accident-maladie facultative.	

**C GARANTIES FACULTATIVES**

- Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur seront requises si vous désirez adhérer ultérieurement à cette garantie.
- 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](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

GARANTIES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	PROTECTIONS ANNULÉES
<b>ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE</b>	<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <ul style="list-style-type: none"> <li>8 000 \$ en cas de décès du conjoint</li> <li>4 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.
<b>ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE</b>	<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection. <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 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 type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.
<b>ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE FACULTATIVE</b>	<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection. <input type="checkbox"/> Option modérée (inclut l'option de base) <input type="checkbox"/> Option enrichie (inclut l'option de base et l'option modérée) <b>Vous devez conserver l'option choisie pour une période de 24 mois.</b>	<input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie.
<b>ASSURANCE SOINS DENTAIRES</b>	<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à cette garantie. <input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection. <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <b>Si vous adhérez à cette garantie, vous devez conserver celle-ci pour une période de 36 mois.</b>	<input type="checkbox"/> Je désire annuler 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.).

## **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.