

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

**Section A. Identification** – Veuillez écrire en lettres majuscules.

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

**Section B. Garanties obligatoires**

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASSURANCE VIE DE BASE                                                                                                                                                      | 30 000 \$                                                                                                                                        |
| ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE                                                                                                                                          | 75 % du salaire mensuel jusqu'à concurrence du maximum prévu au contrat.                                                                         |
| ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE DE BASE                                                                                                                                         | <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)         |                                                                                                                                                  |
| <b>Le même statut de protection sélectionné pour l'assurance accident-maladie de base s'appliquera également aux protections choisies en accident-maladie facultative.</b> |                                                                                                                                                  |

**Section 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](https://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.<br><input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection.<br><input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 20 000 \$ <input type="checkbox"/> 30 000 \$ <input type="checkbox"/> 40 000 \$<br>L'adhérent âgé de plus de 50 ans doit fournir des preuves d'assurabilité.<br><input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 60 000 \$ <input type="checkbox"/> 70 000 \$ <input type="checkbox"/> 80 000 \$<br><input type="checkbox"/> 90 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <input type="checkbox"/> 110 000 \$ <input type="checkbox"/> 120 000 \$<br>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.<br><input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection.<br><input type="checkbox"/> Option modérée (inclut l'option de base)<br><input type="checkbox"/> Option enrichie (inclut l'option de base et l'option modérée)<br><b>Vous devrez 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.<br><input type="checkbox"/> Je désire modifier ma protection.<br><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale<br><b>Si vous adhérez à cette garantie, vous devrez conserver celle-ci pour une période de 36 mois.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Je désire annuler cette garantie. |

**Section D. 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 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 prélever sur mon salaire les cotisations requises, conformément aux polices établies au nom de mon association.** Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.



 Signature du responsable chez l'employeur
 

 Date

## 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](http://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.