

Régime C Formulaire d'adhésion

Programme d'assurance collective - Desjardins Assurances - Police 440303

| 1. À être complété par l'employeur | | |
|--|--|---|
| Nom de l'employeur _____ | | |
| Date d'embauche (aaaa/mm/jj) | Date d'admissibilité (3 mois suivant la date d'embauche) | Date de fin du contrat (date de fin de la couverture) |
| <input type="checkbox"/> Nouvel employé | N° identification _____ | Commentaires |
| <input type="checkbox"/> Réintégration | _____ | |
| Je certifie que les renseignements sont exacts et complets : | | |
| Signature de l'employeur _____ | | Date _____ |

| 2. Identification de l'employé | | Caractères d'imprimerie, À L'ENCRE | |
|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| Nom de famille | | Prénom | |
| Adresse | | | N° téléphone personnel |
| Ville | Province | | N° téléphone au travail |
| Code postal | Date de naissance (aaaa/mm/jj) | Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |

| 3. Couverture demandée et exemption | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| Soins médicaux | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale (obligatoire résidents du Québec qui n'ont pas de couverture ailleurs) | |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | |
| <input type="checkbox"/> Je renonce à la couverture des soins médicaux car je suis couvert par le régime de mon conjoint. | | | |
| <input type="checkbox"/> Je renonce à la couverture des soins dentaires car je suis couvert par le régime de mon conjoint. | | | |

| 4. Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| Votre conjoint est couvert par des garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |
| Si <i>oui</i> , veuillez indiquer la couverture dont il bénéficie et le nom de l'assureur. | | | |
| Soins médicaux | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | |
| Nom de l'assureur _____ | | | |

| Nom de famille du conjoint | Prénom du conjoint | Sexe | Date de naissance (aaaa/mm/jj) |
|----------------------------|--------------------|---|--------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | |

| Nom de famille de l'enfant | Prénom de l'enfant | Sexe | Date de naissance (aaaa/mm/jj) | *Enfant atteint d'une déficience fonctionnelle | ** Étudiant 22-26 ans | Pour enfant de 22 à 26 ans, précisez l'établissement scolaire |
|----------------------------|--------------------|--|--------------------------------|--|--|---|
| | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

* Veuillez remplir le formulaire *Confirmation de la déficience fonctionnelle* d'un enfant à charge no.09296F

** **Étudiant** : enfant de 22 à 26 ans qui fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement.

5. Désignation des bénéficiaires

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

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

TOUTES LES PROVINCES (AUTRE QUE LE QUÉBEC)

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

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 tout autre personne à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est **RÉVOCABLE**. Si vous désirez rendre leurs désignations irrévocables veuillez 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 | % |
| Nom et prénom | Lien avec l'adhérent | % |
| Nom et prénom | Lien avec l'adhérent | % |
| Nom et prénom | Lien avec l'adhérent | % |
| 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 le participant | % |
| Nom et prénom | Lien avec le participant | % |

6. 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 Assurance. 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 _____

7. Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Lignes directrices à l'intention des employés

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, de vérification et de règlement des prestations. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

J'ai pris connaissance des lignes directrices à l'intention des employés de Grandir ensemble et je m'engage à les respecter.

| | |
|------------------------|------|
| Signature de l'employé | Date |
|------------------------|------|

8. 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.

Mise à jour - Octobre 2021