

Déclaration pour la retenue d'impôt **2025**

Vous devez remplir ce formulaire et le remettre à votre employeur ou au payeur pour qu'il détermine l'impôt à retenir sur les sommes qu'il vous verse. Avant de remplir ce formulaire, lisez attentivement la partie « Instructions ».

1 Renseignements sur l'employé(e) ou sur la ou le bénéficiaire (écrivez en majuscules)

Nom de famille	Prénom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Numéro de l'employé(e) ou de la ou du bénéficiaire	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	A A A A M M J J	

2 Montants des crédits d'impôt personnels

Montant personnel de base. Inscrivez 18 571 \$. Si vous avez plus d'un employeur ou d'un payeur à la fois en 2025 et que vous avez déjà demandé à l'un d'eux de tenir compte de ce montant, passez à la ligne 10 et inscrivez-y 0.

1	<input type="text"/>
---	----------------------

Montant transféré d'un conjoint à l'autre

Montant maximal pour conjoint(e)	1a	18 571 \$	
Revenu imposable estimatif de votre conjoint(e) pour 2025	1b	<input type="text"/>	
Montant de la ligne 1a moins celui de la ligne 1b. Si le résultat est négatif, inscrivez 0.	=	<input type="text"/>	+

Montant pour personnes à charge (remplissez la grille de calcul 1)

2	<input type="text"/>
---	----------------------

Montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques

3	<input type="text"/>
---	----------------------

Montant accordé en raison de l'âge ou pour personne vivant seule ou pour revenus de retraite (remplissez la grille de calcul 2)

5	<input type="text"/>
---	----------------------

Additionnez les montants des lignes 1 à 6.

6	<input type="text"/>	
=	7	<input type="text"/>

Montant pour prolongation de carrière (remplissez la grille de calcul 3)

9	<input type="text"/>
---	----------------------

Additionnez les montants des lignes 7 et 9.

Montants des crédits d'impôt personnels

=	10	<input type="text"/>
---	----	----------------------

3 Retenue supplémentaire d'impôt

Inscrivez le montant que vous désirez faire ajouter à la retenue d'impôt effectuée sur chaque paie.

Retenue supplémentaire d'impôt	11	<input type="text"/>
--------------------------------	----	----------------------

4 Déductions

Inscrivez les montants des déductions dont votre employeur ou le payeur doit tenir compte pour calculer la retenue d'impôt.

Déduction relative au logement pour particulier habitant une région éloignée reconnue	14	<input type="text"/>
Déduction pour une pension alimentaire qui n'est pas défiscalisée	15	<input type="text"/>
Additionnez les montants des lignes 14 et 15 (notez que votre employeur ou le payeur divisera ce montant par le nombre de paies qui restent dans l'année).	Déductions	= 19 <input type="text"/>

5 Exonération

Si vous demandez une exonération de la **retenue d'impôt** sur vos revenus d'emploi pour 2025, cochez la case ci-après.

20	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

6 Signature

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature

Date



Déclaration des crédits d'impôt personnels pour 2025

Lisez la page 2 de ce formulaire avant de le remplir. Votre employeur ou payeur utilisera ce formulaire pour déterminer l'impôt à retenir.

Remplissez ce formulaire en vous basant sur l'information qui correspond le mieux à votre situation.

Si vous ne remplissez pas ce formulaire, vos retenues d'impôt seront calculées uniquement en fonction du montant personnel de base estimé par votre employeur ou payeur selon le revenu qu'il vous paie.

Nom de famille	Prénom et initiale(s)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Numéro d'employé
Adresse		Code postal	Réservé aux non-résidents Pays de résidence permanente
		_ _ _ _ _ _ _	Numéro d'assurance sociale
		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

1. Montant personnel de base – Toute personne qui réside au Canada peut demander le montant personnel de base de 16 129 \$. Toutefois, si votre revenu net de toutes provenances sera supérieur à 177 882 \$ et que vous indiquez 16 129 \$, vous pourriez avoir un solde dû dans votre déclaration de revenus et de prestations à la fin de l'année d'imposition. Si vous prévoyez avoir un revenu supérieur à 177 882 \$, vous pouvez demander un montant partiel. Pour calculer ce montant, remplissez la section appropriée du formulaire TD1-WS, Feuille de calcul pour la déclaration des crédits d'impôt personnels pour 2025, et inscrivez le montant calculé ici.

2. Montant canadien pour aidants pour enfants âgés de moins de 18 ans ayant une déficience – Un seul des parents pourra demander le crédit de 2 687 \$ pour chaque enfant ayant une déficience né en 2008 ou après, si l'enfant réside avec ses parents tout au long de l'année. Si l'enfant ne réside pas avec ses deux parents tout au long de l'année, le parent qui a droit au « Montant pour une personne à charge admissible » à la ligne 8 pourra aussi demander le montant canadien pour aidant naturel pour l'enfant.

3. Montant en raison de l'âge – Si votre revenu net pour l'année est de 45 522 \$ ou moins et que vous avez 65 ans ou plus le 31 décembre 2025, inscrivez 9 028 \$. Vous pouvez inscrire un montant partiel si votre revenu net pour l'année se situe entre 45 522 \$ et 105 709 \$. Pour calculer un montant partiel, remplissez la section de la ligne 3 du formulaire TD1-WS.

4. Montant pour revenu de pension – Si vous prévoyez recevoir durant l'année des paiements réguliers d'une caisse de retraite ou d'un régime de pension (sauf les prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, la pension de la Sécurité de la vieillesse ou le supplément de revenu garanti), inscrivez le montant le moins élevé : 2 000 \$ ou le montant estimatif de vos revenus annuels de pension.

5. Frais de scolarité (temps plein et temps partiel) – Remplissez cette section si vous êtes un étudiant à l'université, au collège ou dans un établissement d'enseignement reconnu par Emploi et Développement social Canada et que vous paierez plus de 100 \$ de frais de scolarité par établissement. Inscrivez le total de vos frais de scolarité que vous paierez si vous êtes un étudiant à temps plein ou partiel.

6. Montant pour personnes handicapées – Si vous demandez le montant pour personnes handicapées dans votre déclaration de revenus et de prestations en utilisant le formulaire T2201, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées, inscrivez 10 138 \$.

7. Montant pour époux ou conjoint de fait – Inscrivez la différence entre le montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 687 \$ si votre époux ou conjoint de fait a une déficience) et le revenu net estimatif de votre époux ou conjoint de fait pour l'année si les deux conditions suivantes sont remplies :

- vous subvenez aux besoins de votre époux ou de votre conjoint de fait qui demeure avec vous;
- le revenu net annuel de votre époux ou conjoint de fait pour l'année est inférieur au montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 687 \$ si votre époux ou conjoint de fait a une déficience).

Dans tous les cas, allez à la ligne 9 si votre époux ou conjoint de fait a une déficience et a un revenu net pour l'année de 28 798 \$ ou moins.

8. Montant pour une personne à charge admissible – Inscrivez la différence entre le montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 687 \$ si votre personne à charge admissible a une déficience) et le revenu net estimatif de votre personne à charge admissible pour l'année si toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous n'avez pas d'époux ou de conjoint de fait, ou vous avez un époux ou un conjoint de fait qui ne vit pas avec vous, qui ne subvient pas à vos besoins et qui n'a pas besoin de vous pour subvenir à ses besoins;
- vous subvenez aux besoins d'une personne à charge qui vous est apparentée et qui vit avec vous;
- le revenu net de la personne à charge pour l'année est inférieur au montant de la ligne 1 (ligne 1 plus 2 687 \$ si votre personne à charge admissible a une déficience et que vous ne pouvez pas demander pour cette personne le **montant canadien pour aidant naturel pour enfants âgés de moins de 18 ans**).

Dans tous les cas, allez à la ligne 9 si votre personne à charge a 18 ans ou plus, a une déficience et a un revenu net pour l'année de 28 798 \$ ou moins.

9. Montant canadien pour aidant naturel pour une personne à charge admissible ou époux ou conjoint de fait – Remplissez cette section si, à un moment quelconque de l'année, vous subvenez aux besoins d'une personne à charge admissible ayant une déficience (âgée de 18 ans ou plus) ou d'un époux ou d'un conjoint de fait ayant une déficience dont le revenu net pour l'année est 28 798 \$ ou moins. Pour calculer un montant que vous pouvez inscrire ici, remplissez la section de la ligne 9 du formulaire TD1-WS.

10. Montant canadien pour aidant naturel pour personnes à charge âgées de 18 ans ou plus – Si, à un moment quelconque de l'année, vous subvenez aux besoins d'une personne de 18 ans ou plus ayant une déficience (autre que l'époux ou le conjoint de fait ou la personne à charge admissible pour laquelle vous avez demandé un montant à la ligne 9, ou pour laquelle vous avez pu demander un montant si leur revenu net pour l'année était moins que 18 816 \$) dont le revenu net pour l'année est de 20 197 \$ ou moins, inscrivez 8 601 \$. Vous pouvez inscrire un montant partiel si son revenu net pour l'année est entre 20 197 \$ et 28 798 \$. Pour calculer un montant partiel, remplissez la section de la ligne 10 du formulaire TD1-WS. Cette feuille de travail peut également être utilisée pour calculer votre partie du montant si vous partagez ce montant avec un autre aidant naturel qui subvient aux besoins de la même personne à charge. Vous pouvez demander ce montant pour plus d'une personne à charge âgées de 18 ans ou plus ayant une déficience.

11. Montants transférés de votre époux ou conjoint de fait – Si votre époux ou conjoint de fait n'utilise pas en totalité certains de ses montants (frais de scolarité, montant en raison de l'âge, montant pour revenu de pension, montant pour personnes handicapées) dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'il n'utilise pas.

12. Montants transférés d'une personne à charge – Si une personne à votre charge n'utilise pas en totalité son montant pour personnes handicapées dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'elle n'utilise pas. Si votre enfant à charge ou un de vos petits-enfants à charge ou celui de votre époux ou conjoint de fait n'utilise pas en totalité ses frais de scolarité dans sa déclaration de revenus et de prestations, inscrivez le montant qu'il n'utilise pas.

13. MONTANT TOTAL DE LA DEMANDE – Additionnez les montants des lignes 1 à 12.
Votre employeur ou payeur utilisera ce montant pour déterminer l'impôt à retenir.



Remplir le formulaire TD1

Remplissez ce formulaire **seulement** si l'une des situations suivantes s'applique à vous :

- vous avez un nouvel employeur ou un nouveau payeur et vous recevrez un traitement, un salaire, des commissions, des prestations d'assurance-emploi, une pension ou toute autre rémunération;
- vous voulez faire un changement aux montants déjà demandés (par exemple, le nombre de personnes à votre charge admissibles a changé);
- vous demandez une déduction pour les habitants de zones visées par règlement;
- vous voulez augmenter le montant d'impôt que vous faites retenir à la source.

Signez et datez votre formulaire, et remettez-le à votre employeur ou payeur.

Plus d'un employeur ou payeur en même temps

Si vous avez plus d'un employeur ou payeur en même temps et que vous avez déjà demandé des crédits d'impôt personnels dans un autre formulaire TD1 pour 2025, vous **ne pouvez pas** les demander de nouveau. Si votre revenu total de toutes provenances sera plus élevé que les crédits d'impôt personnels que vous avez déjà demandés sur un autre formulaire TD1, cochez cette case, inscrivez « 0 » à la Ligne 13 et ne remplissez pas les Lignes 2 à 12.

Total des revenus est inférieur au montant total de la demande

Si le total de vos revenus de **tous** vos employeurs et payeurs pour l'année est **inférieur** au montant inscrit à la ligne 13, cochez cette case. Votre employeur ou payeur ne retiendra pas d'impôt sur vos gains.

Pour les non-résidents seulement (Cochez la case qui s'applique à vous.)

En tant que non-résident du Canada, est-ce que 90 % ou plus de votre revenu de toutes provenances est inclus dans le calcul de votre revenu imposable au Canada pour 2025?

Oui (Remplissez la page précédente.)

Non (Inscrivez « 0 » à la ligne 13 et ne remplissez pas les lignes 2 à 12 puisque vous n'avez pas droit aux crédits d'impôt personnels.)

Communiquez avec les demandes de renseignements relatives à l'impôt et aux non-résidents au **1-800-959-7383** si vous êtes incertain de votre statut de résidence.

Déclaration provinciale ou territoriale des crédits d'impôt personnels

Vous devez aussi remplir un formulaire TD1 provincial ou territorial si le montant à la ligne 13 est supérieur à 16 129 \$. Utilisez le formulaire TD1 de votre province ou territoire d'**emploi** si vous êtes un employé. Utilisez celui de votre province ou territoire de **résidence** si vous recevez une pension. Votre employeur ou payeur utilisera ce formulaire fédéral et le formulaire TD1 provincial ou territorial le plus récent pour déterminer l'impôt à retenir.

Votre employeur ou payeur retiendra l'impôt provincial ou territorial en vous accordant le montant personnel de base de la province ou du territoire si vous demandez le montant personnel de base **seulement**.

Remarque : Vous pourriez demander le montant pour enfants sur le formulaire TD1SK, Déclaration des crédits d'impôt personnels de la Saskatchewan pour 2025 si vous résidez en Saskatchewan et que vous avez des enfants âgés de moins de 18 ans en 2025. Par conséquent, vous voudrez peut-être remplir le formulaire TD1SK même si vous demandez **seulement** le montant personnel de base au recto du présent formulaire.

Déduction pour les habitants de zones visées par règlement

Vous pouvez demander l'une des déductions suivantes si vous vivez au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Yukon ou dans une autre zone **nordique** visée par règlement pendant plus de six mois consécutifs commençant ou finissant en 2025 :

- 11,00 \$ pour chaque jour où vous vivez dans une zone nordique visée par règlement;
- 22,00 \$ pour chaque jour où vous vivez dans une zone nordique visée par règlement si, durant cette période, vous maintenez et occupez une habitation et que vous êtes la seule personne de cette habitation à demander cette déduction.

 \$

Le montant pour la résidence d'un employé qui habite dans une zone **intermédiaire** visée par règlement est égal à 50 % du total des montants ci-dessus.

Pour en savoir plus, allez à canada.ca/impots-habitants-regions-eloignees.

Impôt additionnel à retenir

Vous voudrez peut-être faire augmenter les retenues d'impôt si vous recevez d'autres revenus, y compris ceux qui ne proviennent pas d'un emploi (par exemple, prestations du RPC ou du RRQ ou pension de sécurité de la vieillesse). Il est possible que vous ayez moins d'impôt à payer lorsque vous remplissez et envoyez votre déclaration de revenus et de prestations en faisant ce choix. Inscrivez le montant additionnel d'impôt que vous voulez que l'on retienne sur chaque paiement pour faire ce choix. Vous devrez remplir ce formulaire à nouveau si vous désirez modifier ce montant plus tard.

 \$
Réduction des retenues d'impôt

Vous pouvez demander une réduction de vos retenues d'impôt à la source si vous avez droit à des déductions ou à des crédits d'impôt non remboursables qui ne figurent pas sur ce formulaire (par exemple, versements périodiques à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), frais de garde d'enfant, dépenses d'emploi, dons de bienfaisance, frais de scolarité et montant relatif aux études inutilisés qui proviennent de l'année précédente). Pour ce faire, remplissez le formulaire T1213, Demande de réduction des retenues d'impôt à la source, pour obtenir une lettre d'autorisation de votre bureau des services fiscaux. Remettez la lettre d'autorisation à votre employeur ou payeur. Vous n'avez pas besoin d'une lettre d'autorisation si votre employeur retient des cotisations à un REER sur votre salaire.

Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à canada.ca/arc-formulaires-publications ou composez le **1-800-959-7775**.

Les renseignements personnels (y compris le NAS) sont recueillis et utilisés aux fins d'appliquer ou d'exécuter la Loi de l'impôt sur le revenu et des programmes et activités connexes incluant l'administration de l'impôt, des prestations, la vérification, l'observation et le recouvrement. Les renseignements recueillis peuvent être communiqués à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale, autochtone ou étrangère dans la mesure où le droit l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner un paiement d'intérêts ou de pénalités, ou d'autres mesures. Selon la Loi sur la protection des renseignements personnels, les particuliers ont le droit à la protection, à l'accès et à la correction de leurs renseignements personnels et de déposer une plainte auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement de leurs renseignements personnels. Consultez le fichier de renseignements personnels ARC PPU 120 sur Info Source à canada.ca/arc-info-source.

Attestation

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature _____ Date _____

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.



DOCUMENTS REQUIS POUR DÉTERMINER LE SALAIRE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SALARIÉE		Matricule
Nom	Prénom	

DOCUMENTS REQUIS POUR DÉTERMINER LE SALAIRE*		
Pour évaluation de la rémunération* *Pour le personnel contractuel, veuillez remplir la fiche résumée de contrat (F-054).	Cochez si document(s) inclus	Cochez si document(s) à venir
<ul style="list-style-type: none"> Attestations d'expérience incluant les renseignements suivants : <ul style="list-style-type: none"> Nom de l'employeur Titre d'emploi occupé Date de début et de fin d'emploi Nombre d'heures totales acquises par titre d'emploi occupé (statut Temps partiel) Période(s) d'absence (date de début et de fin d'absence) Signature de l'employeur 	<input type="checkbox"/> Nombre : _____	<input type="checkbox"/> Nombre : _____
<ul style="list-style-type: none"> Diplômes (si différents de ceux remis à l'entrevue) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Relevés de notes (si différents de ceux remis à l'entrevue) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MISE EN GARDE

Lors de votre premier jour de travail, votre salaire se situe au **1^{er} échelon de votre titre d'emploi**. C'est pourquoi vous devez nous faire parvenir vos diplômes et/ou relevés de notes ainsi que vos attestations d'expériences pertinentes acquises qui incluent tous les renseignements requis pour que nous puissions évaluer votre rémunération.

À défaut de nous fournir ces documents dans les 60 jours civils suivant votre embauche, aucune rétroaction de paiement ne vous sera versée.

Prenez note qu'aucun rappel ne sera effectué si vous avez omis de transmettre la documentation nécessaire.

Reconnaissance des années de service réseau

Vous pouvez faire reconnaître toutes les années de service accumulées dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de déterminer votre quantum de congés annuels. Pour ce faire, vous devez fournir les attestations de travail ou d'expérience de vos anciens employeurs du réseau ne faisant pas partie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

RÉGIMES DE RETRAITE

Recevez-vous une prestation de retraite? OUI NON

Si vous cochez **Non**, veuillez passer à la section **Autres renseignements**.

Quel régime correspond à cette prestation? : RREGOP RRPE RRAS RRAPSC RRMSQ

Autre (spécifiez) : _____

Depuis quand recevez-vous cette prestation de retraite? _____

Si vous cotisez présentement à l'un des régimes de retraite mentionnés ci-haut chez un autre employeur et que vous prévoyez prendre votre retraite chez celui-ci, n'oubliez pas de faire une demande de retraite auprès de notre établissement, et ce, à la même date que chez l'autre employeur.

Légende

RREGOP : Régime de retraite du personnel employé du gouvernement et des organismes publics
 RRPE : Régime de retraite du personnel d'encadrement
 RRAS : Régime de retraite de l'administration supérieure
 RRAPSC : Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels
 RRMSQ : Régime de retraite des membres de la Sûreté du Québec

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Cessation de la cotisation RRQ

Si vous êtes une personne salariée âgée de 65 ans ou plus, mais de moins de 73 ans à la fin de l'année et qui reçoit une rente de retraite du Régime de rentes du Québec (RRQ), vous pouvez faire le choix de cesser de verser des cotisations au RRQ.

Si vous souhaitez cesser vos cotisations, veuillez remplir le formulaire [Choix ou révocation du choix de cesser de verser des cotisations au Régime de rentes du Québec](#) et le transmettre au Service de la paie (PRASE) par courriel à l'adresse prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca.

SIGNATURE

J'atteste avoir pris connaissance des renseignements.

Signature de la personne salariée : _____ Date : _____

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE POUR LE PERSONNEL NON SYNDIQUÉ (NS), PHYSICIENS MÉDICAUX ET BIOCHIMISTES CLINIQUES – DESJARDINS
SÉCURITÉ FINANCIÈRE
Taux applicables pour 2025

CONTRAT SNS - 005	RÉGIME DE BASE	OBLIGATOIRE 2	OPTIONNEL 1	OPTIONNEL 2	OPTIONNEL 3			
ADMISSIBILITÉ	Temps complet permanent ou temps partiel permanent à 70 % et plus : 30 jours (1 mois de la date d'embauche) AUTRES : 90 jours (3 mois de la date d'embauche)							
DESCRIPTION SOMMAIRE	<ul style="list-style-type: none"> Frais de médicaments 80 % Chambre semi-privée Transport ambulancier Assurance voyage Fournitures médicales 	<ul style="list-style-type: none"> Assurance salaire longue durée Assurance vie de base Assurance vie mort et mutilation accidentelle (MMA) 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnels de la santé Assurance vie des personnes à charge 	<ul style="list-style-type: none"> Assurance vie additionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires 			
COTISATION (par période de 14 jours)	Salarisé avec rangement 12 à 28			Assurance salaire = 0,741 % Ass. vie de base = 0,126 % MMA = 0,036 %	Individuel = 7,07 \$ Mono. = 12,44 \$ Fam. = 18,38 \$	Ass. vie add. : voir dépliant	Individuel = 16,95 \$ Mono. = 27,94 \$ Fam. = 46,58 \$	
		Ind.	Mono.					Fam.
	Employé	39,82 \$	46,34 \$					99,59 \$
	Employeur	12,92 \$	29,44 \$					29,44 \$
RÉGIME OBLIGATOIRE OU FACULTATIF	Salarisé avec rangement 1 à 11			Obligatoire	Facultatif Participation minimale obligatoire de 36 mois	Facultatif	Facultatif Participation minimale obligatoire de 36 mois avec participation à l'optionnel 1	
		Ind.	Mono.					Fam.
	Employé	31,15 \$	24,56 \$					77,81 \$
	Employeur	21,59 \$	51,22 \$					51,22 \$
DROIT D'EXEMPTION	Obligatoire si vous êtes avec la RAMQ pour l'assurance médicaments	Oui	Oui, pour l'assurance salaire longue durée, voir conditions	Non	N/A	Non		

Note : ces primes ne comprennent pas la taxe de 9 %.

Pour toute information, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au numéro de téléphone sans frais : 1 855 780-2200, options 2 - 1.



INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR REMPLIR VOTRE FORMULAIRE D'ADHÉSION

Desjardins sécurité financière Personnel non syndiqué

1. Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective doit être rempli **OBLIGATOIREMENT** que vous soyez déjà couvert(e) par une assurance ou non.

Voici les 2 situations possibles :

<p align="center">Situation 1</p> <p align="center">Je suis actuellement couvert(e) par un autre employeur, ou par l'assurance de mon conjoint ou celle de mes parents</p>	<p align="center">Situation 2</p> <p align="center">Je suis assuré(e) par la RAMQ ou je ne suis pas couverte par un autre assureur, je dois donc adhérer à l'assurance</p>
<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance en cochant la case « Exemption ». (voir exemple dans la section adhésion du formulaire)</p> <p>ET</p> <p>Vous devez fournir les preuves de l'existence de cette assurance, soit une :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ photocopie de la carte d'assurance OU ✓ photocopie du certificat d'assurance OU ✓ lettre de confirmation de l'employeur <p><i>* Toutefois, si vous avez donné votre démission écrite chez un autre employeur du réseau de la santé, svp nous indiquer la date de fin de lien d'emploi, puisque si votre départ est à l'intérieur de 30 jours, vous êtes admissible dès votre date d'embauche.</i></p>	<p>Vous devez remplir le formulaire d'assurance et annuler l'assurance pour laquelle vous êtes inscrit(e) :</p> <p>Si vous êtes couvert(e) par le contrat d'un autre établissement du réseau de la santé* et que votre lien d'emploi est toujours maintenu (liste de rappel), vous devez aviser l'autre employeur pour la procédure à suivre afin de mettre fin à l'assurance selon la date de prise d'effet de la période d'admissibilité du nouveau contrat.</p> <p>Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)</p>
<p align="center"><i>A noter que dans les deux situations vous devez OBLIGATOIREMENT remplir le formulaire d'adhésion qui vous sera remis lors de votre journée d'accueil et retourner le tout dans les 14 jours suivants votre embauche.</i></p> <p align="center">Après ce délai, le régime d'assurance obligatoire sera inscrit à votre dossier avec une protection minimale individuelle, tel que stipulé à la brochure d'assurance disponible sur le site web PRASE.</p>	

Comment déterminer le statut du contrat d'assurance

Le statut du contrat d'assurance est généralement déterminé par les personnes à assurer :

Individuel : la personne salariée uniquement est assurée.

Monoparental : la personne salariée et ses enfants sont assurés (particularités selon le contrat de l'assureur).

Familial : la personne salariée, ainsi que son conjoint et les enfants à sa charge sont assurés.

Qu'est-ce qu'une personne à charge

Un **conjoint**, c'est-à-dire une personne mariée ou unie civilement à une autre personne.

Un **conjoint de fait**, c'est-à-dire une personne qui cohabite depuis au moins un an avec une autre personne. Deux personnes sont considérées comme conjoints de fait immédiatement si un enfant naît de leur union.

Un **enfant** :

- un enfant âgé de moins de 18 ans;
- un enfant est aussi considéré à charge s'il est âgé de moins de 26 ans et qu'il étudie à temps complet dans un établissement d'enseignement reconnu (des preuves de fréquentation scolaire devront être fournies à l'assureur chaque session);
- un enfant est également considéré à charge s'il est âgé de 18 ans et plus et qu'il est atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle.

2. Si je suis retraité, est-ce que j'ai accès à l'assurance collective?

Situation 1 Je suis retraité(e) et je bénéficie du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)	Situation 2 Je suis retraité, mais je ne bénéficie pas du régime de retraite RREGOP (réseau de la santé, de l'éducation et Fonction publique)
Vous n'êtes plus admissible à l'assurance collective. Vous n'avez pas à compléter le formulaire d'adhésion aux assurances collectives.	Veuillez compléter le formulaire d'adhésion et nous l'acheminer dans les 14 jours suivants votre embauche. Si vous êtes inscrits à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) vous devez obligatoirement vous désactiver de ce programme (voir dépliant Service PRASE – Assurances collectives)

3. Où et comment retourner mon formulaire d'assurance?

Vous avez 4 façons de nous retourner le formulaire :

- Par télécopieur au 819 780-1821
- Par courriel à prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca (photo claire et complète du formulaire acceptée)
- Remettre le formulaire (si applicable : preuve d'assurance avec votre n° matricule) lors de votre journée d'accueil
- Par la poste à l'adresse mentionnée en bas de page

Assurez-vous d'écrire lisiblement.

Pour toute question, veuillez communiquer avec le secteur des assurances collectives (PRASE) au 819 780-2220, poste 47777, option 2 puis option 1.

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – C001

Je désire : adhérer à l'assurance collective modifier mon assurance collective

A IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire

Nom de l'employeur **CIUSSS de l'Estrie - CHUS**
EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET NON SYNDIQUÉS

Admissibilité :
Employé Temps partiel : 3 mois de la date d'embauche
Employé Temps complet : 1 mois de la date d'embauche

B IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent		Prénom		N° d'identification ou de certificat		
Adresse – N°, rue, app.				Date de naissance AAAA MM JJ		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ville		Province		Code postal		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire		Travail à temps <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel : %		Salaires annuels		N° d'employé
Employeur précédent		Date d'entrée en service ou d'embauche AAAA MM JJ		N° de compte		Date du départ AAAA MM JJ

C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

Si vous arrivez d'un autre centre de santé, veuillez indiquer l'ancien employeur, no de compte et la date du départ.

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	CONDITIONS CONTRACTUELLES
BASE Assurance maladie Assurance voyage	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exemption	Obligatoire. Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OBLIGATOIRE 2 Assurance vie de base de l'adhérent Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent Assurance salaire de longue durée	<input type="checkbox"/> Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
OPTIONNEL 1 Assurance maladie complémentaire Assurance vie des personnes à charge	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. Cependant, si vous avez choisi l'exemption du régime de base, vous pouvez choisir la protection que vous désirez. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois. L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Multiple du salaire annuel : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009. Il doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande. Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle. Une tarification spécifique s'applique au statut de non-fumeur. Le statut de non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé pendant une période de 12 mois.
OPTIONNEL 3 Assurance soins dentaires	Je désire : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

Si vous choisissez d'adhérer à l'option 3 vous devez aussi adhérer à l'option 1.

Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative (applicable aux régimes optionnels 1,2 et 3).
Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résolution* n° 19210F sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

Pour l'assurance vie, vous devez remplir un questionnaire d'assurabilité. Communiquez avec l'équipe PRASE au poste 47777, option 2 puis option 1 ou par courriel à prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca

D MODIFICATIONS – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés.

Veillez indiquer l'événement de vie justifiant le(s) changement(s) demandé(s) :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès | <input type="checkbox"/> Union de fait (minimum de douze mois) |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation ou fin de vie commune | <input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint |
| <input type="checkbox"/> Fin de l'admissibilité des enfants à charge | <input type="checkbox"/> Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective | <input type="checkbox"/> Retour aux études d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> Mariage ou union civile | <input type="checkbox"/> Aucun événement de vie |

Date de l'événement de vie

AAAA MM JJ

E DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

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.

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 toute 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.

TOUTES LES AUTRES PROVINCES

- 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.

BÉNÉFICIAIRES

	Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
3		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
4		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

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 l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

F 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. 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 :

G DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE 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, 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.

Signature de l'adhérent :

Signature du responsable au secteur PRASE :

Date :

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.

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS

Veillez conserver l'original et en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et en remettre une copie à l'adhérent.

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS
ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – C001**

Je désire : adhérer à l'assurance collective modifier mon assurance collective

A IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur EMPLOYES SYNDICABLES NON SYNDIQUES ET NON SYNDICABLES DU RESEAU DE LA SANTE	N° de contrat C001	N° de compte
---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--------------

B IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent		Prénom		N° d'identification ou de certificat		
Adresse – N°, rue, app.				Date de naissance AAAA MM JJ		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ville		Province		Code postal		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	Travail à temps <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel : %	Salaires annuels		Date d'entrée en service ou d'embauche AAAA MM JJ		N° d'employé
Employeur précédent				N° de compte		Date du départ AAAA MM JJ

C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
BASE Assurance maladie Assurance voyage	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exemption	La participation à ce régime est obligatoire. Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
OBLIGATOIRE 2 Assurance vie de base de l'adhérent Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent Assurance salaire de longue durée	<input type="checkbox"/> Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
OPTIONNEL 1 Assurance maladie complémentaire Assurance vie des personnes à charge	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	La protection choisie doit être la même que celle que vous avez choisie pour le régime de base. Cependant, si vous avez choisi l'exemption du régime de base, vous pouvez choisir la protection que vous désirez. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois. L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
OPTIONNEL 2 Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Multiple du salaire annuel : <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> 4x <input type="checkbox"/> 5x Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque, incluant la cigarette électronique ou autre substitut de tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009. Il doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande. Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle. Une tarification spécifique s'applique au statut de non-fumeur. Le statut de non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé pendant une période de 12 mois.
OPTIONNEL 3 Assurance soins dentaires	Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale	Vous pouvez adhérer au régime optionnel 3 seulement si vous avez adhéré au régime optionnel 1. Vous pouvez choisir la même protection que celle du régime optionnel 1 ou la protection individuelle. La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.

Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative (applicable aux régimes optionnels 1,2 et 3).
 Pour connaître les conditions, consulter le formulaire *Avis de résolution* n° 19210F sur desjardinsassurancevie.com/adherent.

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

Pour l'assurance vie, vous devez remplir un questionnaire d'assurabilité. Communiquez avec l'équipe PRASE au poste 47777, option 2 puis option 1 ou par courriel à prase.assurances.collectives.estrie@sss.gouv.qc.ca

D MODIFICATIONS – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés.

Veillez indiquer l'événement de vie justifiant le(s) changement(s) demandé(s) :

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décès | <input type="checkbox"/> Union de fait (minimum de douze mois) |
| <input type="checkbox"/> Divorce, séparation ou fin de vie commune | <input type="checkbox"/> Cessation de l'assurance du conjoint |
| <input type="checkbox"/> Fin de l'admissibilité des enfants à charge | <input type="checkbox"/> Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective | <input type="checkbox"/> Retour aux études d'un enfant |
| <input type="checkbox"/> Mariage ou union civile | <input type="checkbox"/> Aucun événement de vie |

Date de l'événement de vie

AAAA MM JJ

E DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

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.

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 toute 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.

TOUTES LES AUTRES PROVINCES

- 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.

BÉNÉFICIAIRES

	Nom et prénom	Lien avec l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
3		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
4		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

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 l'adhérent			%
1		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	
2		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Autre :	

F 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. 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 :

G DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE 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, 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.

Signature de l'adhérent :

Signature du responsable au secteur PRASE :

Date :

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.

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS

Veillez conserver l'original et en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et en remettre une copie à l'adhérent.