

**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 <b>C001</b>	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 : %		Salaire annuel		Date d'entrée en service ou d'embauche AAAA MM JJ
Employeur précédent		N° de compte		Date du départ AAAA MM JJ		

**C CHOIX DE RÉGIMES ET DE PROTECTIONS**

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
<b>BASE</b> <b>Assurance maladie</b> <b>Assurance voyage</b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exemption	<b>La participation à ce régime est obligatoire.</b> Vous avez cependant le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire.
<b>OBLIGATOIRE 2</b> <b>Assurance vie de base de l'adhérent</b> <b>Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent</b>		<b>La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée.</b> * Vous devez remplir le formulaire <i>Renonciation à l'assurance salaire de longue durée</i> pour vous prévaloir de ce droit.
<b>Assurance salaire de longue durée</b>	<input type="checkbox"/> Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*	
<b>OPTIONNEL 1</b> <b>Assurance maladie complémentaire</b> <b>Assurance vie des personnes à charge</b>	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. <b>La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.</b> L'assurance vie des personnes à charge est incluse seulement si vous avez choisi la protection monoparentale ou familiale.
<b>OPTIONNEL 2</b> <b>Assurance vie et assurance en cas d'accident supplémentaires</b>	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.
<b>OPTIONNEL 3</b> <b>Assurance soins dentaires</b>	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. <b>La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois.</b>

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

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](http://desjardinsassurancevie.com/adherent).

**VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.**

IMPORTANT - N'oubliez pas de remplir cette section!

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) :

- Décès
- Divorce, séparation ou fin de vie commune
- Fin de l'admissibilité des enfants à charge
- Admissibilité du conjoint à un régime d'assurance collective
- Mariage ou union civile
- Union de fait (minimum de douze mois)
- Cessation de l'assurance du conjoint
- Naissance, adoption ou prise en charge d'un enfant
- Retour aux études d'un enfant
- 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.

Retournez ce formulaire rempli et signé par courriel à prase.assurances.collectives.estrie@ssss.gouv.qc.ca