

Guide d'aide à la complétion du formulaire d'assurances collectives – Catégorie 1

Veillez vous référer à la brochure Desjardins 360° pour obtenir une description complète des options d'assurances qui s'offrent à vous. Ce dernier vous permettra d'évaluer quelles options vous conviennent le mieux, ainsi que la tarification applicable. **Notez que les cases grisées ne sont pas à compléter.** Il est possible de faire des modifications à votre plan d'assurance, référez-vous au guide pour en connaître les modalités.

**Desjardins Assurances** C. P. 3000 Lévis (Québec) G6V 9X8 desjardinsassurancevie.com  
**ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS**  
**DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS**  
 Vie • Santé • Retraite

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: **CISSS LANAUDIÈRE** N° de contrat: **F001** N° de compte: \_\_\_\_\_

**B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENTE**

Nom de l'adhérente: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N° d'identification ou de certificat: \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

Adresse - N°, rue, app.: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Date de naissance: AAAA MM JJ Sexe:  M  F Langue:  Français  Anglais

Statut d'emploi:  Permanent  Temporaire Travail à temps:  Complet  Partiel: \_\_\_\_\_ % Salaire annuel: \_\_\_\_\_ Date d'entrée en service ou d'embauche: AAAA MM JJ N° d'employée: \_\_\_\_\_

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 MÉDICAMENTS<sup>A</sup></b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	<b>A</b> La participation à ce régime est obligatoire. <b>B</b> Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (mariage, union civile ou de fait) peut choisir la protection monoparentale. <b>C</b> Vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire et ce, même si la participation au régime est obligatoire.
<b>BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 3<sup>D</sup></b>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	<b>D</b> La participation à ce régime est obligatoire. La protection choisie peut être la même que celle choisie pour le régime de base médicaments ou elle peut être individuelle, selon votre choix.
<b>COMPLÉMENTAIRE 1<sup>E</sup></b> ASSURANCE SOINS DENTAIRES	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <sup>B</sup> <input type="checkbox"/> Exemption <sup>C</sup>	Toutefois, si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments, vous devez également demander l'exemption du régime de base maladie complémentaire 3. <b>E</b> La participation à ce régime est obligatoire s'il a été choisi par votre établissement.
<b>COMPLÉMENTAIRE 2</b> ASSURANCE VIE ET MMA DE BASE <sup>F</sup> ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE <sup>F</sup> ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <sup>G</sup> ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE <sup>G</sup> : SI VOUS AVEZ CHOISI L'EXEMPTION DU RÉGIME DE BASE MÉDICAMENTS, VEUILLEZ INDIQUER VOTRE CHOIX: Je désire adhérer: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ASSURANCE VIE ET MMA ADDITIONNELLES: <input type="checkbox"/> 5 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$ <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 75 000 \$ <sup>H</sup> <input type="checkbox"/> 15 000 \$ <input type="checkbox"/> 100 000 \$ <sup>H</sup> <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> Aucune	<b>D</b> La participation à ce régime est obligatoire. La protection choisie doit être la même que celle choisie pour le régime de base maladie complémentaire 3. Même si vous avez demandé l'exemption du régime de base médicaments ainsi que du régime de base maladie complémentaire 3, vous devez choisir une protection en vertu du régime complémentaire 1, sauf si vous êtes protégée en vertu d'une assurance similaire. <b>F</b> L'assurance vie et MMA de base ainsi que l'assurance invalidité de longue durée sont obligatoires, sans droit de refus. <b>G</b> L'assurance vie des personnes à charge est obligatoire si vous avez choisi la protection familiale ou monoparentale pour les régimes complémentaires 1 ou 3. <b>H</b> Des preuves d'assurabilité sont obligatoires lors de l'adhésion si vous choisissez l'une ou l'autre de ces options. Par la suite, des preuves d'assurabilité sont obligatoires pour toute demande d'ajout ou d'augmentation d'un montant d'assurance vie et MMA additionnelles.

Si vous avez quitté un emploi du Réseau de la santé il y a moins de 30 jours vous êtes admissible dès votre embauche. Inscrivez votre employeur précédent et la date de départ

Disponible sur votre lettre d'embauche

Obligatoire pour tous, sauf si assuré ailleurs. Cochez la case selon votre statut civil

Information importante qui vous aidera à faire vos choix !

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

Date de l'événement de vie: AAAA MM JJ

**E - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE – Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s).**

Nom, prénom	Lien avec l'adhérente	%	Date de naissance si mineur	Veillez cocher:
_____	_____	_____	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE (Informations importantes au verso):  
 Pour la province de Québec: les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.  
 Pour toutes les autres provinces: remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Nom et prénom du fiduciaire: \_\_\_\_\_ Lien avec l'adhérente: \_\_\_\_\_  
 Adresse du fiduciaire: N°, rue, app. \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Nous recommandons de cocher « révocable », afin d'avoir l'option de modifier le bénéficiaire en tout temps

**F - 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 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 déduire les cotisations requises de mon salaire. J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérente: \_\_\_\_\_ Signature du responsable chez l'employeur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Ne pas oublier de signer et d'inscrire la date