

Demande d'adhésion ou de modifications SFPQ

Je désire : ☐ Adhérer à l'assurance collective
☐ Modifier mon assurance collective

Section A. Identification de l'employeur – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur	N° de contrat 30000	N° de compte
Centre de responsabilité	Centre d'opération	

Section B. Identification de l'adhérent

Nom	Prénom	N° d'identification ou de certificat
Adresse – N°, rue, app.		Code postal
Ville		Province
Sexe ☐ M ☐ F	Date de naissance AAAA MM JJ	Langue ☐ Français ☐ Anglais
Statut d'emploi ☐ Permanent / Temporaire ☐ Saisonnier	Salaire annuel	N° d'employé
☐ Paie variable	Travail à temps ☐ Complet ☐ Partiel : %	Date d'entrée en service AAAA MM JJ
Unité syndicale ☐ SFPQ – fonctionnaire ☐ SFPQ – non-fonctionnaire/non-ouvrier		Date d'admissibilité AAAA MM JJ
Employeur précédent		Date du départ AAAA MM JJ

Section C. Choix de protections

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
Régime d'assurance maladie^A	☐ SANTÉ 1 ☐ SANTÉ 2 ^B ☐ SANTÉ 3 ^C <i>(la protection Santé 3 n'est pas disponible pour le statut d'emploi ouvrier/saisonnier)</i> ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Exemption	A La participation à ce régime est obligatoire. Cependant, vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire. Veuillez remplir le formulaire Demande d'exemption (n°02757). B La durée minimale de participation à ce régime est de 24 mois avant qu'une diminution de protection soit permise. C La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois avant qu'une diminution de protection soit permise. La protection Santé 3 n'est pas disponible pour le statut d'emploi ouvrier/saisonnier.
Régime facultatif d'assurance vie*	Assurance vie et MMA de base Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non Assurance vie additionnelle de l'adhérent^D ☐ 1 x salaire ☐ 3 x salaire ☐ 2 x salaire ☐ Aucune Assurance MMA additionnelle ☐ 1 x salaire ☐ 3 x salaire ☐ 2 x salaire ☐ Aucune Assurance vie de la conjointe ou du conjoint^D ☐ 10 000 \$ ☐ 30 000 \$ ☐ 50 000 \$ ☐ 20 000 \$ ☐ 40 000 \$ ☐ Aucune Assurance vie des enfants à charge Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non	Montant de protection : 1 fois le salaire annuel. Pour toute demande après la période d'adhésion initiale au régime collectif, vous devez obligatoirement remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009**). D Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base. Vous devez obligatoirement remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009**). Une tarification spécifique s'applique pour le statut non-fumeur. Le statut non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé depuis 12 mois ou plus. Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Vous pouvez choisir un montant égal ou inférieur au montant que vous avez choisi pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent. D Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base. Vous devez obligatoirement remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009**). Une tarification spécifique s'applique pour le statut non-fumeur. Le statut non-fumeur peut être choisi seulement si vous n'avez pas fumé depuis 12 mois ou plus. Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez adhéré à l'assurance vie et MMA de base.
Régime d'assurance traitement	Régime d'assurance traitement	La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation détaillé au contrat.

* 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) au desjardins.com/adherent.

** Le Rapport d'assurabilité 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.

Section D. Modifications – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés à la section C.

☐ Je désire modifier les garanties de mon assurance collective

Date d'effet de l'événement

AAAA

MM

JJ

Date prévue du retour

AAAA

MM

JJ

Raison : _____

Section E. Désignation des bénéficiaires pour les régimes d'assurance vie

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

Bénéficiaire irrévocable : la désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire NE PEUT être changée sans son consentement.
La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne peut 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, 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, 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	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
3	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
4	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ 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	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2	☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	

Section 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 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 _____

Section G. 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. 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.

Section H. 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 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 (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 déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je comprends et j'accepte que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

En signant ce formulaire, j'autorise Desjardins Assurances à collecter, à utiliser et à partager mes renseignements personnels conformément à la réglementation applicable et à la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins qui m'a été présentée avant de signer ce consentement.

➤ Signature de l'adhérent _____ Signature du responsable chez l'employeur _____ Date _____
N° de téléphone : Résidence _____ Travail _____ Poste _____

RETOURNEZ UNE COPIE À VOTRE EMPLOYEUR ET CONSERVEZ L'ORIGINAL POUR VOS DOSSIERS.