

DEMANDE DE MODIFICATIONS PAR L'ADHÉRENT

- Afin que la protection adéquate soit accordée, soumettez toutes les modifications dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à l'assurance.
- Pour effectuer un changement concernant un bénéficiaire, utilisez le formulaire n° 20007.

Section A. Identification – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur	Numéro de contrat	Numéro de compte
Nom de l'adhérent	Prénom	Numéro de certificat

Section B. Modification de la protection – Remplissez les sections C ou D s'il y a lieu.

- **Protection demandée** – Ces garanties vous seront accordées dans la mesure où elles sont offertes par votre régime d'assurance collective.

Accident-maladie	Soins dentaires	
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Individuelle	Si vous choisissez une protection individuelle en accident-maladie ET en soins dentaires, désirez-vous adhérer également à l'assurance vie de base pour vos personnes à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Familiale	Si vous choisissez une protection familiale, de couple ou monoparentale en accident-maladie OU en soins dentaires, vous obtiendrez automatiquement l'assurance vie de base pour vos personnes à charge.
<input type="checkbox"/> Couple*	<input type="checkbox"/> Couple*	* Choisissez cette protection seulement si elle est offerte par votre régime sinon votre protection par défaut sera la protection familiale.
<input type="checkbox"/> Monoparentale*	<input type="checkbox"/> Monoparentale*	

➤ **Événement**

			Date de l'événement
<input type="checkbox"/> Mariage ou union civile	<input type="checkbox"/> Cessation de l'autre assurance	<input type="checkbox"/> Naissance ou adoption	AAAA MM JJ
<input type="checkbox"/> Début de cohabitation – Avez-vous eu ou adopté un enfant ensemble?	<input type="checkbox"/> Oui, veuillez l'inscrire à la section C.	<input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez _____			

Section C. Renseignements relatifs aux personnes à charge

- Remplissez cette section si vous avez choisi une protection de couple, familiale ou monoparentale.
- Si vous avez plus de 4 enfants à charge, utilisez un formulaire n° 04035F supplémentaire.

CONJOINT					
Nom		Prénom		Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Marié		AAAA	MM	JJ	
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait – Date de début de la cohabitation :		– Avez-vous eu ou adopté un enfant ensemble? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
AUTRE ASSURANCE		Garanties ou soins couverts	<input type="checkbox"/> Soins médicaux ¹	<input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ¹	<input type="checkbox"/> Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Fournir les informations ci-contre		Protection	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Monoparentale
		<input type="checkbox"/> Couple	Date de début : _____		

Si votre conjoint est aussi assuré par Desjardins Assurances² : N° de contrat _____ N° de certificat _____

ENFANTS					
Nom et prénom	Sexe M – F	Date de naissance AAAA MM JJ	Étudiant à temps plein (18 ans et plus ou 21 ans et plus) ³	Déficience fonctionnelle ⁴ (18 ans et plus ou 21 ans et plus) ³	Couvert par un autre régime collectif
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'établissement scolaire ⁵				Fréquentation scolaire du _____	au _____
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'établissement scolaire ⁵				Fréquentation scolaire du _____	au _____
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'établissement scolaire ⁵				Fréquentation scolaire du _____	au _____
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'établissement scolaire ⁵				Fréquentation scolaire du _____	au _____

1. Les soins médicaux et paramédicaux font partie de la garantie accident-maladie.

2. Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF).

3. Vérifier l'âge admissible selon votre contrat.

4. L'enfant est considéré comme atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur. Remplir le formulaire « Confirmation de la déficience fonctionnelle d'un enfant à charge » (n° 09296F) et le transmettre à l'adresse indiquée sur celui-ci.

5. Renseignements requis uniquement pour un enfant étudiant à temps plein de 18 ans et plus ou 21 ans et plus (selon votre contrat).

Section D. Retrait de personnes à charge

– Remplissez la section B si vous désirez modifier votre protection.

Je désire que les personnes à charge suivantes ne soient plus couvertes par mon régime :

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Date d'effet
AAAA MM JJ

Section E. Demande d'exemption ou de fin d'exemption

Exemption

Si mon régime le permet, je choisis de **NE PAS** adhérer également à la ou aux garanties suivantes car je suis déjà couvert par un autre régime d'assurance collective semblable : Accident-maladie Soins dentaires

Date de l'événement
AAAA MM JJ

Fin d'exemption

Je demande la remise en vigueur de mes garanties d'assurance collective, car je ne suis plus couvert par un autre régime collectif.

Remplissez la section B pour choisir votre protection.

Date de l'événement
AAAA MM JJ

Section F. Garanties facultatives

- Vérifiez les dispositions permises par votre régime.
- Pour chaque garantie, indiquez la protection désirée.
- Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009, sauf si vous choisissez uniquement la garantie Mort et mutilation accidentelle (MMA) facultative.
IMPORTANT – 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.
- Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consultez le formulaire « Avis de résolution » (n°19210F) sur desjardins.com/adherent.

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?

Adhérent Oui Non

Conjoint Oui Non

Si votre régime le permet, vous pouvez bénéficier de la prime pour non-fumeur en avisant l'assureur que vous ou votre conjoint avez cessé de faire usage du tabac depuis 12 mois ou plus.

Vie facultative

Adhérent _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ Nbre de fois le salaire annuel
 Conjoint _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
 Chaque enfant _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Mort et mutilation accidentelles (MMA) facultative

Adhérent _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ Nbre de fois le salaire annuel
 Conjoint _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
 Chaque enfant _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Maladies graves facultative

Adhérent _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ Nbre de fois le salaire annuel
 Conjoint _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
 Chaque enfant _____ Nbre de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

Section G. Annulation de garanties facultatives

J'annule la ou les garanties facultatives suivantes :

Vie facultative Adhérent Conjoint Enfants à charge Conjoint et enfants à charge
Mort et mutilation accidentelles Adhérent Conjoint Enfants à charge Conjoint et enfants à charge
Maladies graves Adhérent Conjoint Enfants à charge Conjoint et enfants à charge

Section H. Type d'absence

Congé de maternité Congé parental Congé sans soldé Mise à pied temporaire

Veuillez vérifier les dispositions permises par votre régime.

Je désire : conserver les garanties de mon assurance collective.
 annuler toutes les garanties de mon assurance collective.
sauf le régime qui inclut l'assurance médicaments (Québec seulement).
 annuler les garanties d'assurance salaire de mon assurance collective.

AAAA MM JJ

AAAA MM JJ

Date du début du congé _____ Date prévue du retour au travail _____

Section I. Signatures

Signature de l'adhérent

Signature de la personne autorisée

Date

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ
DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS

Veuillez conserver l'original et remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR

Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et remettre une copie à l'adhérent.