

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 <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Monoparentale*	Soins dentaires <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Monoparentale*	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 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. * Choisissez cette protection seulement si elle est offerte par votre régime sinon votre protection par défaut sera la protection familiale.
---	--	--

> **Événement**

☐ Mariage ou union civile

☐ Cessation de l'autre assurance

☐ Naissance ou adoption

☐ Début de cohabitation – Avez-vous eu ou adopté un enfant ensemble?

☐ Oui, veuillez l'inscrire à la section C.

☐ Non

☐ Autre, précisez _____

Date de l'événement

AAAA MM JJ

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
☐ M ☐ F

☐ Marié

AAAA MM JJ

☐ Conjoint de fait – Date de début de la cohabitation : _____

– Avez-vous eu ou adopté un enfant ensemble? ☐ Oui ☐ Non

AUTRE ASSURANCE
☐ Non
☐ Oui – Fournir les informations ci-contre

Garanties ou soins couverts

☐ Soins médicaux¹

☐ Soins paramédicaux¹

☐ Soins dentaires

Protection

☐ Individuelle

☐ Familiale

☐ Monoparentale

☐ Couple

Date de début :
AAAA MM JJ

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
<div>1</div>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non</div>
Nom de l'établissement scolaire ⁵			Fréquentation scolaire du _____ au _____		
<div>2</div>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non</div>
Nom de l'établissement scolaire ⁵			Fréquentation scolaire du _____ au _____		
<div>3</div>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non</div>
Nom de l'établissement scolaire ⁵			Fréquentation scolaire du _____ au _____		
<div>4</div>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> Oui (même que le conjoint) <input type="checkbox"/> Oui (autre) <input type="checkbox"/> Non</div>
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 :	Date d’effet AAAA MM JJ
Nom, prénom :	
Nom, prénom :	

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

<p>➤ Exemption</p> <p>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 : <input type="checkbox"/> Accident-maladie <input type="checkbox"/> Soins dentaires</p>	Date de l’événement AAAA MM JJ
<p>➤ Fin d’exemption</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>	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				
<input type="checkbox"/> Adhérent	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	OU _____ N ^{bre} de fois le salaire annuel
<input type="checkbox"/> Conjoint	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	
<input type="checkbox"/> Chaque enfant	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	

Mort et mutilation accidentelles (MMA) facultative				
<input type="checkbox"/> Adhérent	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	OU _____ N ^{bre} de fois le salaire annuel
<input type="checkbox"/> Conjoint	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	
<input type="checkbox"/> Chaque enfant	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	

Maladies graves facultative				
<input type="checkbox"/> Adhérent	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	OU _____ N ^{bre} de fois le salaire annuel
<input type="checkbox"/> Conjoint	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	
<input type="checkbox"/> Chaque enfant	_____ N ^{bre} de tranches de _____ \$	OU	_____ \$ (Montant fixe)	

Section G. Annulation de garanties facultatives

J’annule la ou les garanties facultatives suivantes :

Vie facultative	<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfants à charge	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants à charge
Mort et mutilation accidentelles	<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfants à charge	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants à charge
Maladies graves	<input type="checkbox"/> Adhérent	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfants à charge	<input type="checkbox"/> Conjoint et enfants à charge

Section H. Type d’absence

☐ Congé de maternité

☐ Congé parental

☐ Congé sans solde

☐ 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
<div>RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS</div> <div>Veuillez conserver l’original et remettre une copie à l’adhérent.</div>		<div>RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L’ASSUREUR</div> <div>Veuillez retourner l’original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l’adhérent.</div>