

DEMANDE DE TRANSFORMATION

A - DÉCLARATION DU PRENEUR OU DE L'EMPLOYEUR

Nom du preneur ou de l'employeur	Numéro de contrat	Numéro de certificat ou d'identification
Nom de l'adhérent	Prénom	Date de : <input type="checkbox"/> Cessation de la couverture <input type="checkbox"/> Réduction de la couverture
		AAAA MM JJ
1. L'adhérent présentera-t-il une demande d'invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		2. L'adhérent se remet-il d'une invalidité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE CONTRAT EST AUTOADMINISTRÉ :

MONTANTS D'ASSURANCE COLLECTIVE TRANSFORMABLES SELON LE CONTRAT						
	ASSURANCE VIE			ASSURANCE MALADIES GRAVES		
	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL
Adhérent						
Conjoint						
Enfant(s) à charge						

Signature du preneur ou de l'employeur :

Date :

B - DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT – Veuillez lire les renseignements indiqués au verso avant de remplir cette section.

Nom	Prénom	Date de naissance	AAAA	MM	JJ	Sexe
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse - N°, rue, app.		Ville		Province		Code postal
Numéro de téléphone		Numéro de cellulaire		Courriel		
()		()				
Occuperez-vous un autre emploi dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Si oui, serez-vous couvert par une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur?						
<input type="checkbox"/> Oui – Veuillez indiquer le montant : <input style="width: 100px;" type="text"/> \$ <input type="checkbox"/> Non						

MONTANTS D'ASSURANCE TOTAUX DEMANDÉS EN VERTU DU DROIT DE TRANSFORMATION

	ASSURANCE VIE			ASSURANCE MALADIES GRAVES		
	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL
Adhérent						
Conjoint						
Enfant(s) à charge						

CONJOINT - Nom	Prénom	Date de naissance	AAAA	MM	JJ	Sexe
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ENFANT - Nom	Prénom	Date de naissance	AAAA	MM	JJ	Sexe
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ENFANT - Nom	Prénom	Date de naissance	AAAA	MM	JJ	Sexe
						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de transformation 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 des renseignements indiqués au verso du présent formulaire et en avoir conservé une copie. Je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente demande soient transmis à un représentant SFL partenaire de Desjardins Sécurité financière, ci-après nommée Desjardins Assurances, ou à un représentant de Desjardins Assurances réseau indépendant, afin qu'il communique avec moi pour m'offrir un produit en lien avec l'exercice de mon droit de transformation. 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. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Date :

VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À DESJARDINS ASSURANCES ET CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

DATE DE RÉCEPTION DU FORMULAIRE :	AAAA	MM	JJ	DATE LIMITE DE TRANSFORMATION :	AAAA	MM	JJ
MONTANTS D'ASSURANCE MAXIMUMS TRANSFORMABLES SELON LES MONTANTS ASSURÉS, LE CONTRAT OU LA PROVINCE DE RÉSIDENCE							
	ASSURANCE VIE			ASS. MALADIES GRAVES <input type="checkbox"/> Prestations vérifiées			
	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL	DE BASE	FACULTATIVE	TOTAL	
Adhérent							
Conjoint							
Enfant(s) à charge							
IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE ATTITRÉ AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE - S'il y a lieu.							
Nom		Prénom					
Adresse - N°, rue, app.		Ville		Province		Code postal	
FORMULAIRE VÉRIFIÉ PAR :				DATE :			

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- **Veillez écrire en lettres majuscules.**
- **Veillez joindre un deuxième formulaire n° 14141F si vous demandez la transformation de montants d'assurance pour plus de deux enfants.**

Selon votre police ou votre province de résidence, vos garanties d'assurance vie et d'assurance maladies graves collectives peuvent comporter un droit de transformation et il est possible de les transformer en assurances individuelles. Veuillez noter que si vous avez déjà reçu une prestation d'assurance maladies graves correspondant à 100 % du montant assuré, vous ne pourrez pas transformer votre garantie d'assurance maladies graves collective en assurance individuelle.

Les montants d'assurance minimum et maximum qui peuvent être transformés sont prévus dans la police ou sont définis selon la loi de votre province de résidence. Certaines restrictions peuvent s'appliquer s'il y a transfert à un autre régime d'assurance collective.

Vos garanties d'assurance vie et d'assurance maladies graves collectives demeurent en vigueur 31 jours après la date de cessation ou de réduction de votre couverture et sont assujetties à certaines restrictions. Vos polices d'assurance individuelle n'entreront en vigueur qu'à la fin de cette période de 31 jours.

La demande de transformation doit être reçue au siège social de Desjardins Assurances au plus tard 31 jours après la date de cessation ou de réduction de la couverture indiquée à la section A.

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 individuelle 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 des produits et services financiers 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.