

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

A IDENTIFICATION - Veuillez écrire en lettres majuscules.

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

B MODIFICATION DE LA PROTECTION - Veuillez remplir les sections C ou D s'il y a lieu.

➤ **Protection demandée**

- Individuelle Si votre régime le permet, désirez-vous adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge? Oui Non
- Familiale
- Couple Si votre régime le permet, en choisissant l'une ou l'autre de ces protections, vous détiendrez automatiquement l'assurance vie de base des personnes à charge.
- Monoparentale

➤ **Événement**

- Mariage ou union civile Cessation de l'assurance du conjoint Naissance ou adoption
- Début de cohabitation - Un enfant est-il né de cette union? Oui- Veuillez l'inscrire à la section C. Non
- Autre, précisez :

Date de l'événement

AAAA MM JJ

C IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE

- Veuillez remplir cette section si vous avez choisi une protection couple, familiale ou monoparentale.
- Si vous avez plus de 4 enfants à charge, veuillez remplir un formulaire n° 04035F supplémentaire ou un formulaire Déclaration des personnes à charge n° 00291F.

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"/> Non	
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait - Date de début de cohabitation :		<input type="checkbox"/> Oui - Un enfant est-il né de cette union?	<input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous.

AUTRE ASSURANCE : Non Oui - Veuillez remplir les informations suivantes :

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 Assurances* : N° de contrat : N° de certificat :

ENFANTS À CHARGE

1 Nom Prénom Date de naissance
AAAA MM JJ Sexe
 M F

Autre assurance : Même que celle du conjoint ci-dessus Non Autre

Enfant atteint de déficience fonctionnelle² AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Enfant de 18 ans ou plus³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du Au

Nom de l'établissement scolaire :

2 Nom Prénom Date de naissance
AAAA MM JJ Sexe
 M F

Autre assurance : Même que celle du conjoint ci-dessus Non Autre

Enfant atteint de déficience fonctionnelle² AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Enfant de 18 ans ou plus³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du Au

Nom de l'établissement scolaire :

3 Nom Prénom Date de naissance
AAAA MM JJ Sexe
 M F

Autre assurance : Même que celle du conjoint ci-dessus Non Autre

Enfant atteint de déficience fonctionnelle² AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Enfant de 18 ans ou plus³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du Au

Nom de l'établissement scolaire :

4 Nom Prénom Date de naissance
AAAA MM JJ Sexe
 M F

Autre assurance : Même que celle du conjoint ci-dessus Non Autre

Enfant atteint de déficience fonctionnelle² AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Enfant de 18 ans ou plus³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du Au

Nom de l'établissement scolaire :

- **Note 1 : Soins faisant partie de la garantie accident-maladie.**
- **Note 2 : Veuillez 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.**
- **Note 3 : Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat.**

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

VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO.

D RETRAIT DE PERSONNES À CHARGE - Veuillez remplir 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

E DEMANDE D'EXEMPTION OU DE FIN D'EXEMPTION

Exemption

Si mon régime le permet, je choisis de NE PAS participer à la/aux garantie(s) suivante(s) 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 à participer à nouveau à la/aux garantie(s) suivante(s) car je ne suis plus couvert par un autre régime d'assurance collective semblable : Accident-maladie Soins dentaires

Date de l'événement

AAAA

MM

JJ

Protection demandée

Individuelle

Si votre régime le permet, désirez-vous adhérer à l'assurance vie de base des personnes à charge?

Oui

Non

Familiale

Couple

Monoparentale

Si votre régime le permet, en choisissant l'une ou l'autre de ces protections, vous détiendrez automatiquement l'assurance vie de base des personnes à charge.

F GARANTIES FACULTATIVES

- **Veuillez vérifier les dispositions permises par votre régime.**
- **Pour chaque garantie, veuillez indiquer la protection désirée.**
- **Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité n° 20009, sauf si vous choisissez uniquement la garantie 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, consulter le formulaire Avis de résolution n° 19210F sur desjardinsassurancevie.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 de tabac depuis 12 mois ou plus.

VIE FACULTATIVE

- Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES (MMA) FACULTATIVE

- Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

MALADIES GRAVES FACULTATIVE

- Adhérent : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe) OU _____ N^{bre} de fois le salaire annuel
- Conjoint : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : _____ N^{bre} de tranches de _____ \$ OU _____ \$ (Montant fixe)

G ANNULATION DE GARANTIES FACULTATIVES

J'annule la (les) garantie(s) facultative(s) suivante(s) :

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

H CONGÉ DE MATERNITÉ MISE À PIED TEMPORAIRE CONGÉ PARENTAL CONGÉ SANS SOLDE

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 :

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 en remettre une copie à l'adhérent.

RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR
Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances
et en remettre une copie à l'adhérent.