

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATIONS

CONTRAT N° N005

JE DÉSIRE : adhérer à l'assurance modifier mon assurance

A - IDENTIFICATION DU BUREAU COORDONNATEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.

| | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Nom du bureau coordonnateur | Numéro du bureau coordonnateur |
|-----------------------------|--------------------------------|

B - IDENTIFICATION DE LA RESPONSABLE DE SERVICES DE GARDE EN MILIEU FAMILIAL

| | | | |
|-------------------------|----------|---|---|
| Nom | Prénom | Numéro d'identification | |
| Adresse - N°, rue, app. | | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Date de naissance AAAA MM JJ |
| Ville | Province | Code postal | Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |
| | | | Date à laquelle vous êtes devenue membre de la CSQ AAAA MM JJ |

C - DÉCLARATION DE PRÉSENCE AU TRAVAIL – Veuillez cocher la case qui s'applique à votre situation.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> J'occupe actuellement mon emploi. | <input type="checkbox"/> Je suis de retour au travail à la suite d'une absence pour une raison autre que les vacances. Date de mon retour effectif au travail : AAAA MM JJ |
| IMPORTANT | Si vous êtes actuellement absente du travail pour une raison autre que les vacances (par ex. congé de maternité, congé parental, congé sans solde, invalidité, permis suspendu ou révoqué), vous devrez remplir et retourner le présent formulaire à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie AU MOMENT DE VOTRE RETOUR EFFECTIF AU TRAVAIL SEULEMENT. |

D - CHOIX DE PROTECTIONS

| RÉGIMES | PROTECTIONS DÉSIRÉES | DISPOSITIONS CONTRACTUELLES |
|--|--|---|
| MALADIE 1 MALADIE 2 A-C MALADIE 3 B-C | VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE : <input type="checkbox"/> Maladie 1 <input type="checkbox"/> Maladie 2 <input type="checkbox"/> Maladie 3 VEUILLEZ INDIQUER LA PROTECTION DÉSIRÉE : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Exemption D | A Durée minimale de participation : 12 mois B Durée minimale de participation : 24 mois C Si vous adhérez aux régimes maladie 2 ou maladie 3 après le délai d'admissibilité prévu au contrat, vous devez fournir des preuves d'assurabilité. D Si vous choisissez de vous exempter, veuillez fournir une preuve du régime d'assurance similaire. |
| ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE | <input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ | Ce régime est obligatoire. |
| ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE | _____ tranche(s) de 25 000 \$ Maximum : 9 tranches <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur | Ce régime est facultatif. Vous pouvez adhérer à ce régime uniquement si vous avez choisi le montant de l'assurance vie de base de 25 000 \$. Vous devez fournir des preuves d'assurabilité, sauf pour les premiers 25 000 \$ d'assurance, si vous adhérez dans les 180 jours qui suivent la date de votre admissibilité. |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE | Je désire adhérer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Ce régime est facultatif. Conjoint : 10 000 \$ Chaque enfant : 5 000 \$ |
| ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE | _____ tranche(s) de 10 000 \$ Maximum : 10 tranches <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur | Ce régime est facultatif. Vous pouvez adhérer à ce régime uniquement si vous avez adhéré au régime d'assurance vie des personnes à charge. Vous devez fournir des preuves d'assurabilité. |
| INVALIDITÉ DE COURTE ET DE LONGUE DURÉE | VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE : <input type="checkbox"/> OPTION 1 – Régime de base obligatoire <input type="checkbox"/> OPTION 2 – Régime enrichi facultatif | Durée minimale de participation à l'option 2 : 24 mois Si vous adhérez à l'option 2 après le délai d'admissibilité prévu au contrat ou si vous êtes âgée de 60 ans à 64 ans inclusive-ment, vous devez fournir des preuves d'assurabilité. |

E - MODIFICATIONS

| | |
|---|---|
| Raison(s) : _____ Fin d'exemption, congé sans solde, congé parental, congé de maternité, naissance, mariage, etc. | Date d'effet de l'événement AAAA MM JJ |
| Je désire : A. <input type="checkbox"/> Modifier les régimes de mon assurance collective. Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés. B. <input type="checkbox"/> Conserver les régimes de mon assurance collective. C. <input type="checkbox"/> Annuler tous les régimes de mon assurance collective sauf le régime Maladie 1. | Date prévue du retour AAAA MM JJ |

F - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) – Voir au verso l'information sur la désignation de bénéficiaire(s).

| Nom, prénom | Lien avec l'adhérent | % | Date de naissance si mineur AAAA MM JJ | Veuillez cocher | |
|-------------|----------------------|---|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> Révocable | <input type="checkbox"/> Irrévocable |
| | | | | <input type="checkbox"/> Révocable | <input type="checkbox"/> Irrévocable |

G - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE 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 des renseignements indiqués au verso du 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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie 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. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérente

Date

BLANCHE - Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie JAUNE - Adhérente

| | | | |
|--------------------------|------|----|----|
| DOCUMENTS EXPÉDIÉS LE | AAAA | MM | JJ |
|--------------------------|------|----|----|

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des services d'assurance collective qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

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 Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF 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. 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 DSF.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

| | |
|----------------------------|--|
| Pour la province de Québec | La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE , à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE , à moins de stipulation contraire. |
|----------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| Pour toutes les autres provinces | La présente désignation de bénéficiaire est RÉVOCABLE , à moins de stipulation contraire. |
|----------------------------------|--|

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire **NE PEUT** être changée sans son consentement. La désignation **IRRÉVOCABLE** d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.