

# DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE

**REPLIR CETTE DÉCLARATION SEULEMENT SI :**

- votre attestation fait état d'une protection familiale, de couple ou monoparentale;
- vous modifiez votre protection individuelle pour une protection familiale, de couple ou monoparentale;
- vous ajoutez de nouvelles personnes à charge admissibles.

Des preuves d'attestation d'études seront exigées pour effectuer tout paiement de prestations concernant les enfants à charge de 18 ans ou plus, si tous les renseignements requis ne sont pas fournis. Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat.

## A IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules.

|                   |        |  |                  |
|-------------------|--------|--|------------------|
| Nom du preneur    |        | Numéro de contrat                        | Numéro de compte |
| Nom de l'adhérent | Prénom | Numéro de certificat ou d'identification |                  |

## B IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES – Selon le contrat.

| CONJOINT  |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Nom   | Prénom   | Date de naissance<br>AAAA MM JJ   | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  |
| <input type="checkbox"/> Marié<br><input type="checkbox"/> Conjoint de fait - Date de début de cohabitation : |  | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui - Un enfant est-il né de cette union? <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous. |  |
| Autre assurance<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Oui - remplir ci-contre           | Garantie ou soins couverts<br><input type="checkbox"/> Soins médicaux <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Soins paramédicaux <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> Soins dentaires | Protection<br><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale<br><input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple  | Si votre conjoint est aussi assuré par Desjardins Assurances*<br>N° de contrat : _____<br>N° de certificat : _____ |

### ENFANTS À CHARGE

|   |     |        |                                 |   |
|---|-----|--------|---------------------------------|---|
| <b>1</b>  | Nom | Prénom | Date de naissance<br>AAAA MM JJ | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle <sup>2</sup>  |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus <sup>3</sup> et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____   |     |        |                                 |   |
| Nom de l'établissement scolaire :   |     |        |                                 |   |
| <b>2</b>  | Nom | Prénom | Date de naissance<br>AAAA MM JJ | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle <sup>2</sup>  |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus <sup>3</sup> et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____   |     |        |                                 |   |
| Nom de l'établissement scolaire :   |     |        |                                 |   |
| <b>3</b>  | Nom | Prénom | Date de naissance<br>AAAA MM JJ | Sexe<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Autre assurance : <input type="checkbox"/> Même que celle du conjoint ci-dessus <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant atteint de déficience fonctionnelle <sup>2</sup>  |     |        |                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus <sup>3</sup> 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).

## C DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Je peux fournir, sur demande, la preuve d'admissibilité de mes personnes à charge (preuve de mariage, cohabitation, naissance, adoption, attestation d'études ou autres).

Signature de l'adhérent :

Date :

**VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL À DESJARDINS ASSURANCES ET EN CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**