

- 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

 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.

## ➤ 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 :		- 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 médicaux<sup>1</sup>  Soins paramédicaux<sup>1</sup>  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**

<b>1</b>	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <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 AAAA MM JJ	Sexe <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 AAAA MM JJ	Sexe <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>4</b>	Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <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).

**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](http://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<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe) OU \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de fois le salaire annuel
- Conjoint : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe)

### MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES (MMA) FACULTATIVE

- Adhérent : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe) OU \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de fois le salaire annuel
- Conjoint : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe)

### MALADIES GRAVES FACULTATIVE

- Adhérent : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe) OU \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de fois le salaire annuel
- Conjoint : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> de tranches de \_\_\_\_\_ \$ OU \_\_\_\_\_ \$ (Montant fixe)
- Chaque enfant : \_\_\_\_\_ N<sup>bre</sup> 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.