

# PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE

## Parcours assurance santé<sup>MD</sup> POLICE N° E888

 ADHÉSION  
 MODIFICATION

**Pour les résidents du Québec seulement**

Après réception de votre formulaire d'adhésion, un conseiller de Desjardins Assurances communiquera avec vous comme l'exige la loi provinciale.

**A – IDENTIFICATION DU PRENEUR**

Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom		Prénom		Numéro de certificat Parcours (seulement si modification)			
Adresse – N°, rue, app.			Ville		Province		Code postal
Numéro de téléphone		Courriel		Date de naissance AAAA MM JJ		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
Nom du dernier employeur			Numéro du contrat précédent		Numéro d'identification utilisé dans le contrat précédent		
Nom de l'assureur précédent		Date de fin de l'assurance collective AAAA MM JJ		Protection détenue chez l'assureur précédent <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple			

**IMPORTANT – Si votre assureur précédent n'était pas Desjardins Assurances<sup>1</sup>, vous devez fournir une preuve des garanties détenues ainsi que leur date de terminaison.**

- Déteniez-vous la garantie d'assurance maladie dans votre régime d'assurance collective?  Oui  Non
- Déteniez-vous la garantie d'assurance soins dentaires dans votre régime d'assurance collective?  Oui  Non
- Étiez-vous activement au travail lors de la cessation de votre assurance collective?  Oui  Non
- Désirez-vous recevoir votre police d'assurance ainsi que les documents s'y rattachant par courriel?  Oui  Non

**B – CHOIX DE L'OPTION ET DE LA PROTECTION**
**RÈGLES DE CHANGEMENT D'OPTION**

- Vous pouvez, en tout temps, augmenter votre couverture en choisissant une option qui comporte des garanties plus généreuses que celles que vous détenez déjà.
- Vous devez conserver la même option pendant 36 mois avant de pouvoir diminuer votre couverture ou à la suite d'un événement de vie.
- Vous devez conserver l'assurance soins dentaires facultative pendant 36 mois avant de pouvoir la résilier.

**RÈGLES DU CHOIX DE LA PROTECTION**

- Si vous déteniez une protection familiale, monoparentale ou de couple dans votre régime d'assurance collective, vous pouvez choisir la protection sans personnes à charge (individuelle) ou avec personnes à charge (familiale).
- Si vous déteniez une protection individuelle dans votre régime d'assurance collective, vous devez choisir la protection sans personnes à charge (individuelle).

CHOIX DE L'OPTION	Choisir une seule option :	* Si vous avez choisi l'option OR, veuillez lire ce qui suit et indiquer votre choix :
	<input type="checkbox"/> OPTION BRONZE <input type="checkbox"/> OPTION ARGENT <input type="checkbox"/> OPTION OR*	Je désire adhérer à l'assurance soins dentaires facultative : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Pour être admissible à l'assurance soins dentaires facultative, vous devez avoir répondu « Oui » à la question 2 de la section A ci-dessus. L'adhésion à l'assurance soins dentaires facultative est possible uniquement au moment de l'adhésion au produit Parcours assurance santé. Il ne sera pas possible d'y adhérer ultérieurement.</b>
CHOIX DE LA PROTECTION	Choisir une seule protection :	<input type="checkbox"/> Protection <u>sans</u> personnes à charge (individuelle) <input type="checkbox"/> Protection <u>avec</u> personnes à charge (familiale)

**C – IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE**

 À remplir si vous choisissez la protection avec personnes à charge. Vous référez aux règles du choix de la protection à la section B.

				Statut de la personne à charge Étudiant à temps plein (21 à 25 ans inclusivement) ou atteint d'une déficience fonctionnelle		
Nom et prénom	Relation	Sexe	Date de naissance	Étudiant à temps plein ou atteint d'une déficience fonctionnelle		Nom de l'établissement scolaire
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	Du _____ Au _____		
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Étudiant à t. plein AAAA MM JJ	<input type="checkbox"/> Déf. fonct. AAAA MM JJ	
	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AAAA MM JJ	Du _____ Au _____		

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

**Veuillez remplir le verso. N'oubliez pas de signer la section E.**

DOCUMENTS EXPÉDIÉS LE :		
AAAA	MM	JJ

**D – MODE DE PAIEMENT**

Choisir un seul mode de paiement et remplir la section appropriée (1 ou 2).

 **1. AUTORISATION DE DÉDUCTION À LA SOURCE**

Veuillez indiquer votre numéro d'assurance sociale :

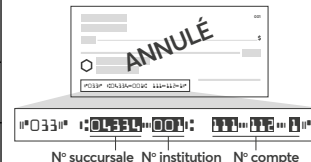
J'autorise tout organisme autorisé par Desjardins Assurances, tel Retraite Québec, à retenir automatiquement à la source, soit à même mes prestations de retraite, le montant de ma prime, jusqu'à avis contraire. J'autorise Desjardins Assurances à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives.

Signature du preneur

Date

 **2. DEMANDE D'ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ PERSONNEL (DPA) – ACCORD DU PAYEUR**

- Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
- Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser Desjardins Assurances.



Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte

N° de téléphone

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

N° de transit/succursale

N° de l'institution

N° de compte

**AUTORISATION DE RETRAIT**

J'autorise Desjardins Assurances à effectuer mensuellement des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus. Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par préavis, par Desjardins Assurances, au plus tard à la date d'échéance du prélèvement de la prime. **En conséquence, je renonce à ce que ce préavis me soit transmis dans le délai de 10 jours prévu par la Règle H1 de Paiements Canada. Par la suite, je renonce à recevoir tout préavis aussi longtemps que le montant des retraits demeurera le même ou lorsque des modifications à mes protections personnelles seront apportées à ma demande.** J'accuse réception d'une copie du présent accord.

**CHANGEMENT OU ANNULATION**

J'informerai Desjardins Assurances dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse paiements.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à Desjardins Assurances équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

**REMBOURSEMENT**

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter paiements.ca. L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre Desjardins Assurances et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

**CONSETEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS**

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du titulaire du compte

Date

Signature du second titulaire du compte (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

Date

**E – DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je déclare que les renseignements fournis dans cette proposition sont complets et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance du tableau comparatif, du feuillet de taux, de la brochure « Parcours assurance santé prend le relais » ainsi que des options qui me sont offertes. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans la police sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions qu'elle contient.

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 (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.), de vérification et de règlement des prestations. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs.

La police me sera envoyée à la suite de la réception par l'assureur de ma proposition d'assurance maladie individuelle. Je reconnais que j'aurai 10 jours, à compter de la date de réception de la police, pour l'annuler.

Je comprends et j'accepte que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

En signant ce formulaire, j'autorise Desjardins Assurances à collecter, à utiliser et à partager mes renseignements personnels conformément à la réglementation applicable et à la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins qui m'a été présentée avant de signer ce consentement.

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements qui apparaissent sur le présent formulaire et en avoir conservé une copie. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du preneur

Date

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite). Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

### **Veillez nous faire parvenir le formulaire :**

<b>En ligne</b> <a href="http://desjardinsassurancevie.com/envoi">desjardinsassurancevie.com/envoi</a>	<b>Par la poste</b> Desjardins Assurances C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8	<b>Par télécopieur</b> 418 833-7051 ou 1 866 833-7051
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

**Conservez une copie pour vos dossiers.**