

DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET DES EMPLOYÉS NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC – C001

Je désire : ☐ adhérer à l'assurance collective ☐ modifier mon assurance collective

Section A. Identification de l'employeur – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur	N° de contrat C001	N° de compte
--------------------	------------------------------	--------------

Section B. Identification de l'adhérent

Nom de l'adhérent		Prénom		N° d'identification ou de certificat	
Adresse – N°, rue, app.				Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe ☐ M ☐ F
Ville		Province	Code postal		Langue ☐ Français ☐ Anglais
Statut d'emploi ☐ Permanent ☐ Temporaire	Travail à temps : ☐ Complet (plus de 70 %) ☐ Partiel (26 % à 70 %) ☐ Partiel (25 % et moins)		Date d'entrée en service ou d'embauche AAAA MM JJ		N° d'employé
Employeur précédent			N° de compte	Date du départ AAAA MM JJ	

Section C. Choix de module et de statut de protection – Le statut de protection doit être le même en assurance maladie et en soins dentaires.

Garanties	Choix de module	Statut de protection	Dispositions contractuelles
Assurance maladie	☐ Base ☐ Intermédiaire ☐ Complet	☐ Individuelle ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Exemption	La participation à la garantie d'assurance maladie est obligatoire. Vous avez cependant la possibilité de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire. La durée minimale de participation au module d'assurance maladie est de 24 mois avant de pouvoir changer de module à la baisse. Vous pouvez augmenter votre niveau de protection en tout temps.
Soins dentaires (garantie facultative)	☐ Base ☐ Complet ☐ Je ne désire pas adhérer	Cette section doit être complétée seulement si l'option <i>Exemption</i> en assurance maladie a été sélectionnée. ☐ Individuelle ☐ Couple ☐ Monoparentale ☐ Familiale	La participation au régime soins dentaires est facultative. La durée minimale de participation en assurance soins dentaires est de 36 mois avant de pouvoir changer de module à la baisse ou cesser sa participation. Vous pouvez adhérer ou augmenter votre niveau de protection en tout temps. À noter qu'un exempté en assurance maladie peut participer au régime soins dentaires selon le statut de protection qui lui convient.
Assurance salaire de longue durée	☐ Je désire renoncer à l'assurance salaire de longue durée.*		La participation à cette garantie est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation à l'assurance salaire de longue durée. * Vous devez remplir le formulaire « Renonciation à l'assurance salaire de longue durée » (n° 22045F) pour vous prévaloir de ce droit.
Assurance vie et décès et mutilation accidentels de base			Garanties obligatoires selon les dispositions : Adhérent : 1x le salaire Conjoint : 10 000 \$ Enfants à charge : 5 000 \$
Garanties facultatives ¹ Assurance vie et décès et mutilation accidentels supplémentaires de l'adhérent	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non Multiple du salaire annuel : ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x		Vous devez remplir le Rapport d'assurabilité (n° 20009). Il 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.

¹Pour 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 desjardins.com/adherent.

 Signature de l'adhérent _____ Signature du responsable chez l'employeur _____ Date _____