



DEMANDE D'ADHÉSION

 Un régime d'assurance collective assuré par Desjardins Sécurité financière et administré par :
 


THE CANADIAN BAR INSURANCE ASSOCIATION
 L'ASSOCIATION D'ASSURANCES DU BARREAU CANADIEN

 Veuillez cocher : Nouvelle demande
 Remise en vigueur

A - IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom		Prénom			Date de naissance AAAA MM JJ			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement)				(Un conjoint de fait est admissible à l'assurance après 12 mois de cohabitation)			Province de résidence		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Profession				Employé par						
Nombre d'heures de travail/semaine		Salaire annuel		Date d'emploi ou de remise en vigueur AAAA MM JJ			Date d'effet de l'assurance AAAA MM JJ		Protection d'assurance <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	
Détenez-vous une assurance invalidité individuelle de l'AABC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, désirez-vous la coordination des prestations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez remplir le formulaire de coordination des prestations.										
Si mon régime le permet, je demande de ne pas adhérer au : <input type="checkbox"/> régime d'assurance maladie <input type="checkbox"/> régime d'assurance soins dentaires, étant protégé par le régime de mon conjoint										

Veuillez remplir la section B au verso.

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

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

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE (Informations importantes ci-dessous)

Pour la province de Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous **NE DEVEZ PAS** remplir cette section.
 Pour toutes les autres provinces : remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Nom et prénom du fiduciaire _____ Lien avec l'adhérent _____

Adresse du fiduciaire _____
N°, rue Ville Province Code postal

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour toutes les provinces sauf Québec La présente désignation de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.
 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.

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.

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE - Ne s'applique pas au Québec

Un bénéficiaire mineur ne peut donner une quittance à un payeur à l'égard d'un paiement. Conséquemment, le fiduciaire désigné ci-dessus recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Sécurité financière. Une désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

C - 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 de la section Gestion des renseignements personnels 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 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. Je demande à être couvert conformément aux dispositions et conditions du contrat d'assurance collective du Barreau. J'autorise la retenue appropriée sur mon salaire de toute cotisation requise relativement à l'assurance à laquelle je suis ou je pourrais être admissible. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent

Date

Veuillez remettre une copie à l'adhérent

VOIR AU VERSO

But de la demande d'assurance collective

La demande d'assurance collective a pour but de consigner par écrit votre désir d'obtenir la protection du contrat d'assurance collective détenu par le preneur. Les renseignements demandés servent à déterminer votre protection et à calculer votre prime.

Remarque

Si votre demande est reçue plus de 31 jours suivant la fin de votre délai d'admissibilité ou si les montants d'assurance vie, d'indemnité hebdomadaire ou d'invalidité prolongée excèdent le montant maximum permis sans preuves d'assurabilité, votre demande doit être accompagnée du formulaire **GF12 - Rapport d'assurabilité**.

Pour plus de renseignements, veuillez vous référer au contrat.

Directives - Veuillez remplir les sections appropriées et dans chaque cas, signer à la section D

- SECTION A,** si vous demandez la protection **familiale**.
SECTION B, si vous choisissez de ne pas adhérer à une garantie particulière ou de n'adhérer à aucune garantie.
SECTION C, si votre compagnie souscrit l'assurance vie des personnes à charge et si vous demandez la protection **individuelle** et n'avez pas de personnes à charge.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – Remplir si vous avez choisi la protection familiale

Nom, prénom	Sexe M - F	Lien avec l'adhérent (conjoint, enfant)	Date de naissance			État de la pers. à charge É = 21 à 25 ans, étudiant à temps plein X = déficience fonctionnelle	Couvert par un autre régime	
			AAAA	MM	JJ		Maladie Oui / Non	Dentaire Oui / Non

SECTION B – RENONCIATION À L'ASSURANCE – À remplir par l'adhérent lorsque celui-ci choisit de ne pas adhérer à une garantie particulière ou de n'adhérer à aucune garantie.

Je reconnais que toutes les garanties auxquelles j'ai droit m'ont été expliquées et que j'ai compris leur fonctionnement.

Je reconnais que je renonce (tel qu'indiqué ci-après) à tous mes droits et privilèges à l'égard de ces garanties. Je comprends qu'un examen médical dont j'assumerai les frais pourra être exigé si je désire adhérer à ces garanties à une date ultérieure (ainsi que pour mes personnes à charge le cas échéant).

- Je renonce à toutes les garanties pour moi-même et mes personnes à charge, le cas échéant.
 Je renonce à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance soins dentaires.
 Je renonce à l'assurance maladie complémentaire.
 Je renonce à l'assurance soins dentaires.

Raison du refus (veuillez cocher une seule case) :

- Je suis couvert en vertu de l'assurance de mon conjoint. Autre - précisez _____

SECTION C – RENONCIATION À L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

- Je demande la protection **individuelle**. Je n'ai pas de personnes à charge et je choisis de ne pas adhérer à l'assurance vie des personnes à charge.

SECTION D - SIGNATURES

Signature de l'adhérent

Date

Signature de l'employeur

Titre de l'employeur

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière (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, 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.