

**DEMANDE D'ADHÉSION OU
DE MODIFICATIONS**

CONTRAT E673

JE DÉSIRE : adhérer à l'assurance modifier mon assurance**A - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR – Veuillez écrire en lettres majuscules.**

Nom de l'employeur ÉCOLE DE TECHNOLOGIE SUPÉRIEURE	N° de compte AE673
--	------------------------------

B - IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

Nom de l'adhérent Prénom	N° d'identification	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse - N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal	
Date d'entrée en service AAAA MM JJ	Statut d'emploi <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire	Travail à temps <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Partiel : _____%	N° d'employé	Fonction actuelle
Employeur précédent	N° de compte	Date du départ AAAA MM JJ		

C - DEMANDE D'EXEMPTIONSi mon régime le permet, je choisis de **ne pas** participer à la garantie suivante : assurance médicaments
car je suis déjà couvert par un autre régime d'assurance collective semblable.Vous devez joindre au présent formulaire une preuve de votre couverture en vertu de l'autre régime d'assurance collective.
Si aucune preuve de couverture n'est fournie, la protection individuelle sera appliquée.**D - STATUT DE PROTECTION**ASSURANCE MÉDICAMENTS : Individuel Familial**E - MODIFICATIONS**

Raison(s) : _____ Congé sans solde, congé parental, maternité, mise à pied temporaire, naissance, mariage, invalidité, etc.	Date d'effet de l'événement AAAA MM JJ
Je désire : A. <input type="checkbox"/> Modifier la garantie d'assurance médicaments. Cochez de nouveau le statut de protection désiré. B. <input type="checkbox"/> Conserver la garantie d'assurance médicaments.	Date prévue du retour AAAA MM JJ

F - 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 des renseignements indiqués 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, compagnie d'assurance vie 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. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature
de l'adhérentSignature de la
personne autorisée

Date

**Veillez transmettre le formulaire dûment rempli au service des Ressources humaines de votre établissement
et conserver une copie pour vos dossiers.**

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (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, compagnie d'assurance vie
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.