

DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE

REPLIR CETTE DÉCLARATION SEULEMENT SI :

- votre attestation fait état d'une protection familiale, de couple ou monoparentale;
- vous modifiez votre protection individuelle pour une protection familiale, de couple ou monoparentale;
- vous ajoutez de nouvelles personnes à charge admissibles.

Des preuves d'attestation d'études seront exigées pour effectuer tout paiement de prestations concernant les enfants à charge de 18 ans ou plus, si tous les renseignements requis ne sont pas fournis. Veuillez vérifier l'âge admissible selon votre contrat.

A IDENTIFICATION – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Nom de l'adhérent	Prénom	Numéro de certificat ou d'identification	

B IDENTIFICATION DES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES – Selon le contrat.

CONJOINT			
Nom	Prénom	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait - Date de début de cohabitation :		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez l'inscrire ci-dessous.	
Autre assurance	Garantie ou soins couverts	Protection	Si votre conjoint est aussi assuré par Desjardins Assurances*
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - remplir ci-contre	<input type="checkbox"/> Soins médicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux ¹ <input type="checkbox"/> Soins dentaires	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	N° de contrat : _____ N° de certificat : _____

ENFANTS À CHARGE				
1	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 ²				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				
2	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 ²				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ et étudiant à temps plein- veuillez préciser : Période : Du _____ Au _____				
Nom de l'établissement scolaire :				
3	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 ²				
<input type="checkbox"/> Enfant de 18 ans ou plus ³ 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).

C DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques. Je peux fournir, sur demande, la preuve d'admissibilité de mes personnes à charge (preuve de mariage, cohabitation, naissance, adoption, attestation d'études ou autres).

Signature de l'adhérent : _____ Date : _____

VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL À DESJARDINS ASSURANCES ET EN CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.