

DEMANDE DE TRANSFORMATION

SECTION A – DÉCLARATION DU PRENEUR OU DE L'EMPLOYEUR

Nom du preneur ou de l'employeur		Numéro de contrat	Numéro de certificat ou d'identification		
Nom de l'adhérent		Prénom	Date de : <input type="checkbox"/> Cessation de la couverture <input type="checkbox"/> Réduction de la couverture		
			AAAA	MM	JJ
1. L'adhérent présentera-t-il une demande d'invalidité?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	2. L'adhérent se remet-il d'une invalidité?		
			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

SECTION À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE CONTRAT EST AUTOADMINISTRÉ

MONTANTS D'ASSURANCE COLLECTIVE TRANSFORMABLES SELON LE CONTRAT

	Assurance vie			Assurance maladies graves		
	De base	Facultative	Total	De base	Facultative	Total
Adhérent						
Conjoint						
Enfant(s) à charge				Non disponible	Non disponible	Non disponible

Signature du preneur ou de l'employeur :

Date :

SECTION B – DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT – Veuillez lire les renseignements indiqués au verso avant de remplir cette section.

Nom		Prénom	Date de naissance			Sexe	
			AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province		Code postal		
Numéro de téléphone		Numéro de cellulaire	Courriel*				

*Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez un représentant SFL partenaire de Desjardins Sécurité financière, ci-après nommée Desjardins Assurances, ou à un représentant de Desjardins Assurances réseau indépendant à communiquer avec vous par courriel.

Occuperez-vous un autre emploi dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture? Oui Non

Si oui, serez-vous couvert par une assurance vie collective auprès de votre nouvel employeur?

Oui – Veuillez indiquer le montant : \$ Non

MONTANTS D'ASSURANCE TOTAUX DEMANDÉS EN VERTU DU DROIT DE TRANSFORMATION

	Assurance vie			Assurance maladies graves		
	De base	Facultative	Total	De base	Facultative	Total
Adhérent						
Conjoint						
Enfant(s) à charge				Non disponible	Non disponible	Non disponible

Conjoint – Nom	Prénom	Date de naissance			Sexe	
		AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Enfant – Nom	Prénom	Date de naissance			Sexe	
		AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Enfant – Nom	Prénom	Date de naissance			Sexe	
		AAAA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande de transformation 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 conservé une copie. Je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente demande soient transmis à un représentant SFL partenaire de Desjardins Sécurité financière, ci-après nommée Desjardins Assurances, ou à un représentant de Desjardins Assurances réseau indépendant, afin qu'il communique avec moi pour m'offrir un produit en lien avec l'exercice de mon droit de transformation. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'adhérent :

Date :

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ
Date de réception du formulaire :			Date limite de transformation :		

MONTANTS D'ASSURANCE MAXIMUMS TRANSFORMABLES SELON LES MONTANTS ASSURÉS, LE CONTRAT OU LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

	Assurance vie			Assurance maladies graves <input type="checkbox"/> Prestations vérifiées		
	De base	Facultative	Total	De base	Facultative	Total
Adhérent						
Conjoint						
Enfant(s) à charge				Non disponible	Non disponible	Non disponible

IDENTIFICATION DE L'INTERMÉDIAIRE ATTITRÉ AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE – S'il y a lieu.

Nom		Prénom			
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province		Code postal
Formulaire vérifié par :		Date :			

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- **Veillez écrire en lettres majuscules.**
- **Joindre un deuxième formulaire n° 14141F si vous demandez la transformation de montants d'assurance pour plus de deux enfants.**

Selon votre police ou votre province de résidence, vos garanties d'assurance vie et d'assurance maladies graves collectives peuvent comporter un droit de transformation et il est possible de les transformer en assurances individuelles. Veuillez noter que si vous avez déjà reçu une prestation d'assurance maladies graves correspondant à 100 % du montant assuré, vous ne pourrez pas transformer votre garantie d'assurance maladies graves collective en assurance individuelle.

Les montants d'assurance minimum et maximum qui peuvent être transformés sont prévus dans la police ou sont définis selon la loi de votre province de résidence. Certaines restrictions peuvent s'appliquer s'il y a transfert à un autre régime d'assurance collective.

Vos garanties d'assurance vie et d'assurance maladies graves collectives demeurent en vigueur 31 jours après la date de cessation ou de réduction de votre couverture et sont assujetties à certaines restrictions. Vos polices d'assurance individuelle n'entreront en vigueur qu'à la fin de cette période de 31 jours.

La demande de transformation doit être reçue au siège social de Desjardins Assurances au plus tard 31 jours après la date de cessation ou de réduction de la couverture indiquée à la section A.

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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. 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 envoyer le formulaire en utilisant une des options suivantes :

En ligne desjardinsassurancevie.com/envoi	Par la poste Desjardins Assurances C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8	Par télécopieur 418 833-7051 ou 1 866 833-7051
---	--	--

Conservez une copie pour vos dossiers.