Réinitialiser Imprimer

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

1, Complexe Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1E2
1 888 558-5525

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 888 558-5525

Demande de remise en vigueur
(Assurance vie et maladies graves)

Numéro de contrat :

Informations importantes

1- Veuillez utiliser ce formulaire pour demander la remise en vigueur d'une assurance vie ou d'une assurance maladies graves. S'il y a plus de 2 personnes à assurer, veuillez utiliser un 2e formulaire.
2- Si vous voulez aussi effectuer un changement de preneur, veuillez remplir le formulaire **Demande de changement de preneur - 09614.**
3- Si vous voulez modifier les instructions de paiement du contrat, veuillez fournir le formulaire **Accord de débits préautorisés (DPA) - 09312F**, un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances ou un numéro de carte de crédit en appelant au 1 888 558-5525.
4- Vous devez remettre une copie de **l'Avis relatif au MIB, LLC** (pages 7 et 9) :
   - à chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec);
   - au parent, tuteur ou représentant légal de chaque personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec).

Normes relatives à la remise en vigueur :

Si le contrat est résilié depuis moins de 2 ans et que cette résiliation provient d'une déchéance, il peut être remis en vigueur à compter de la date d'acceptation écrite de Desjardins Assurances à la condition qu'elle reçoive :

a) le paiement de toute prime échue; et
b) des preuves établissant que chaque personne à assurer respecte les normes d'assurabilité de Desjardins Assurances.

Lors d'une remise en vigueur, le remboursement des primes ne peut être remis en vigueur.

Informations du représentant

Prénom et nom du représentant (lettres majuscules)	Code du représentant	Code du centre financier	% de répartition	Courriel

⚠ **ATTENTION! Tous les renseignements personnels que la personne à assurer fournira dans le présent formulaire ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant seront communiqués au preneur.**

A - Informations générales

A1 - Preneur - personne physique

Preneur 1		Preneur 2	
Prénom	Nom	Prénom	Nom
Adresse (Nº, rue, app.)		Adresse (Nº, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Ville	Province ou territoire
Code postal	Courriel	Code postal	Courriel
Nº de téléphone à 10 chiffres Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____ poste : _____		Nº de téléphone à 10 chiffres Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____ poste : _____	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)

Est-ce que vous parlez et comprenez le français?
Preneur 1 : ☐ Oui ☐ Non Personne à assurer 1 : ☐ Oui ☐ Non
Si **non,** indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____
Qui vous explique le contenu de ce formulaire dans votre langue?
(**Note** : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans le contrat.)
☐ Votre représentant
☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :

Prénom	Nom	Lien avec vous

Est-ce que vous parlez et comprenez le français?
Preneur 1 : ☐ Oui ☐ Non Personne à assurer 1 : ☐ Oui ☐ Non
Si **non,** indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____
Qui vous explique le contenu de ce formulaire dans votre langue?
(**Note** : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans le contrat.)
☐ Votre représentant
☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :

Prénom	Nom	Lien avec vous

A2 - Preneur - personne morale, fiducie ou autre entité (ex. : Priorité santé - Affaires)

Remarque : Veuillez remplir le formulaire **08295F** pour tout contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Numéro d'entreprise fédéral (toutes les provinces et tous les territoires)	**Numéro d'entreprise provincial** (Québec seulement)	ou	**Numéro de fiducie fédéral** (toutes les provinces et tous les territoires)	**Numéro de fiducie provincial** (Québec seulement)
_____	_____		T____-____-____	_____

Important : S'il manque un numéro d'entreprise ou de fiducie, le preneur devra les fournir à Desjardins Assurances dans un délai de **90 jours.**

Nom de l'entreprise		Courriel
Adresse (Nº, rue, app.)		Ville
Province ou territoire	Code postal	Nº de téléphone à 10 chiffres , poste :

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

A - Informations générales (suite)

Identification du signataire autorisé

Prénom	Nom	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)	
Adresse (N°, rue, app.)	Ville	Province ou territoire	Code postal

A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt

- La déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie par tout **preneur** identifié à la **section A1** lors d'une demande de remise en vigueur d'une assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.
- Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire **08295F** pour la déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur *web*.

Directive : Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre situation et fournissez tous les renseignements demandés.
Si votre déclaration n'est pas remplie correctement, nous ne pourrons pas traiter votre demande.

Preneur 1	Preneur 2
☐ **Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.**	☐ **Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.**
☐ **Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.** a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) :	☐ **Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.** a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) :
☐ **Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.** a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). **Pays de résidence aux fins de l'impôt** / **NIF** b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez ci-dessous) : c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) :	☐ **Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.** a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). **Pays de résidence aux fins de l'impôt** / **NIF** b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez ci-dessous) : c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) :

A4 - Personnes à assurer

	Nom de la ou des personnes à assurer	Emploi actuel et salaire annuel		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Taille et poids actuels	
1			$			
2			$			

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

B - Déclaration d'assurabilité

B1 - Questions obligatoires

	Assuré 1	Assuré 2
1- Au cours des **10 dernières années,** est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, invalidité ou maladies graves soumise pour la personne à assurer? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Assuré 1	☐ Vie ☐ Invalidité ☐ Maladies graves		
Assuré 2	☐ Vie ☐ Invalidité ☐ Maladies graves		

	Assuré 1	Assuré 2
2- **Antécédents familiaux :** Est-ce que la personne à assurer a, dans sa famille (père, mère, frères, soeurs), des antécédents de cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de maladie de Huntington, de polypose du côlon, de maladie du neurone moteur, de dystrophie musculaire, de maladie de Parkinson, de maladie d'Alzheimer, de fibrose kystique ou de toute autre maladie héréditaire? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous. S'il y a lieu, veuillez indiquer l'emplacement de tout cancer à la **section B2** (page 5).	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Assuré 1	**Maladie(s)**	**Âge au début de la maladie**	**Âge si vivant**	**Âge au décès**	**Cause du décès**
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					
Assuré 2	**Maladie(s)**	**Âge au début de la maladie**	**Âge si vivant**	**Âge au décès**	**Cause du décès**
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus. 3- Au cours des **12 derniers mois,** est-ce que la personne à assurer a fait usage de **tabac ou de produits de nicotine** sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigarillo, cigare, pipe, cigarette électronique, gomme ou timbres de nicotine) ou de médication antitabagique? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Forme (si cigare, mentionnez la sorte)	Quantité	Fréquence de consommation
Assuré 1			☐ Quotidienne ☐ Mensuelle ☐ Annuelle
Assuré 2			☐ Quotidienne ☐ Mensuelle ☐ Annuelle

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus. 4- Est-ce que la personne à assurer est un ancien fumeur? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Date de cessation (aaaa-mm-jj)	Consommation quotidienne antérieure
Assuré 1		
Assuré 2		

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

B - Déclaration d'assurabilité (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 18 ans ou plus. 5- Au cours des **5 dernières années,** est-ce que la personne à assurer a fait faillite? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Date de la faillite (aaaa-mm-jj)	Personnelle	Affaires	Date de la libération (aaaa-mm-jj)
Assuré 1		☐	☐	
Assuré 2		☐	☐	

6- a) Au cours des **2 dernières années,** est-ce que la personne à assurer a pratiqué des activités comme l'aviation, le parachutisme, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, le ski hors-piste (y compris l'héliski), les courses de véhicules à moteur (y compris les bateaux) ou tout autre sport dangereux? Si **oui,** veuillez remplir le questionnaire approprié disponible sur *web*i.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Au cours des **12 prochains mois,** est-ce que la personne à assurer a l'intention de pratiquer des sports dangereux? Si **oui,** veuillez remplir le questionnaire approprié disponible sur *web*i.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
7- Au cours des **5 dernières années,** est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue? (Répondre oui si elle fait actuellement face à des accusations pour ce type d'infraction ou qu'elle est en attente d'un procès.) Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Date de l'infraction (aaaa-mm-jj)	Genre de délit	Date de l'infraction (aaaa-mm-jj)	Genre de délit	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1					
Assuré 2					

8- Au cours des **5 dernières années,** est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable d'une infraction au code de la route ou d'une infraction ayant entraîné la suspension ou le retrait de son permis de conduire? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Date de l'infraction (aaaa-mm-jj)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de l'infraction (aaaa-mm-jj)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1							
Assuré 2							

9- Au cours des **12 prochains mois**, est-ce que la personne à assurer a l'intention de voyager, d'habiter ou de travailler **ailleurs** qu'au Canada ou aux États-Unis? Si **oui,** veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Destination		Date du départ (aaaa-mm-jj)	Date du retour (aaaa-mm-jj)	Raison du voyage (ex. : loisir, affaires, éducation, famille ou vacances)
	Pays	Ville			
Assuré 1					
Assuré 2					

Depuis la date de signature de la demande d'assurance initiale relative au contrat, est-ce que la personne à assurer :		
10- a) a fait usage de boissons alcoolisées? Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous et indiquer sa consommation hebdomadaire actuelle et celle des **3 dernières années,** si elle est différente.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Consommation hebdomadaire actuelle	Consommation hebdomadaire au cours des 3 dernières années
Assuré 1		
Assuré 2		

b) a suivi un traitement en raison de sa consommation d'alcool, s'est fait recommander un tel traitement, est devenue membre d'un groupe d'appui, comme les Alcooliques anonymes, ou a été avisée de réduire sa consommation? Si **oui**, veuillez remplir le **Questionnaire relatif à l'usage de boissons alcoolisées et/ou de drogues** disponible sur *web*i.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

B - Déclaration d'assurabilité (suite)

11- a fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale? Si **oui,** veuillez remplir le **Questionnaire relatif à l'usage de boissons alcoolisées et/ou de drogues** disponible sur web.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
12- a été traitée pour l'usage de drogues ou été conseillée à ce sujet? Si **oui,** veuillez remplir le **Questionnaire relatif à l'usage de boissons alcoolisées et/ou de drogues** disponible sur web.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
13- a subi des maladies ou blessures de quelque nature que ce soit? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
14- a consulté un médecin ou un professionnel de la santé, a reçu des traitements ou a été admise dans un établissement de santé ou a été avisée de le faire? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
15- a subi des tests de laboratoire ou a passé des examens aux fins d'un diagnostic? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
16- a pris des médicaments ou a suivi une diète? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
17- a subi ou a été avisée de subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA, d'anticorps au virus du SIDA ou d'une infection transmise sexuellement? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
18- a souffert de symptômes ou de malaises ou a eu des signes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou elle est en attente d'une consultation, pour lesquels elle a été avisée d'avoir recours à un médicament ou de subir une opération, des tests ou des examens qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels elle est en attente de résultats? Si **oui,** veuillez donner des précisions à la **section B2.**	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

B2 - Renseignements à fournir en complément aux questions 2, 13, 14, 15, 16, 17 et 18, s'il y a lieu.

Assuré 1	Assuré 2	Date (aaaa-mm-jj)	Raison de la consultation : maladie, malaise, symptôme, signe, test ou médicament	Nom et adresse du médecin consulté ou de l'établissement de santé
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			
☐	☐			

C - Identification du médecin personnel

Veuillez indiquer les coordonnées du médecin détenant le dossier médical de chaque personne à assurer.

Pour la personne à assurer 1		**Pour la personne à assurer 2** ☐ Même adresse que la personne à assurer 1	
Nom du médecin personnel		Nom du médecin personnel	
Adresse (Nº, rue, app.)		Adresse (Nº, rue, app.)	
Ville		Ville	
Province ou territoire	Code postal	Province ou territoire	Code postal
Nº de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)	Nº de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)
Raison et résultats de la dernière consultation		Raison et résultats de la dernière consultation	

D – Instruction liée au prélèvement des dépôts pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

Si le montant prélevé incluait un dépôt périodique pour l'ODS, souhaitez-vous recommencer le prélèvement du dépôt en plus de la prime? ☐ Oui ☐ Non

- Si **oui**, nous recommencerons à prélever le même montant à compter de la date du traitement de votre demande de remise en vigueur.
- Si **non**, nous mettrons fin au prélèvement des dépôts, et le montant du dépôt annuel permis pourrait être diminué en conséquence.

Pour modifier le montant du dépôt ou faire un dépôt ponctuel, veuillez remplir le formulaire **24311F - Ajout ou modification de l'Option de dépôt supplémentaire (ODS).**

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d’assurance vie.

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

E - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 1

Qu'est-ce que le MIB, LLC?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le **www.mib.com/privacy_policy.html** (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel **canadadisclosure@mib.com**
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier MIB, LLC
  50 Braintree Hill Park, Suite 400
  Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet **www.mib.com**

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d’assurance vie.

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

E - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 2

Qu'est-ce que le MIB, LLC?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le **www.mib.com/privacy_policy.html** (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel **canadadisclosure@mib.com**
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier MIB, LLC
  50 Braintree Hill Park, Suite 400
  Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet **www.mib.com**

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d’assurance vie.

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

F - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

ⓘ Ce consentement concerne :
- chaque **preneur « personne physique »**
- chaque **personne à assurer**

1. Gestion de vos 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.
2. Vos droits	Vous avez le droit : • de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet • de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.
3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada	Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant cette section :
- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

⚠ **Veuillez signer à la page suivante**

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

F - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins (suite)

Signé à (ville, province ou territoire)

Preneurs

X Signature du preneur 1 (personne physique) Date (aaaa-mm-jj)

X Signature du preneur 2 (personne physique) Date (aaaa-mm-jj)

Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X Signature de la personne à assurer 1 Date (aaaa-mm-jj)

X Signature de la personne à assurer 2 Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) X Signature Date (aaaa-mm-jj)

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) X Signature Date (aaaa-mm-jj)

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

G - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

ⓘ Ce consentement concerne chaque **personne à assurer.**

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

  Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.
- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examens médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant à la page suivante, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au **www.desjardins.com/politique-confidentialite**.

⚠ **Veuillez signer à la page suivante**

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

G - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances (suite)

Signé à (ville, province ou territoire)

Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____ Signature de la personne à assurer 1 _____ Date (aaaa-mm-jj)

X _____ Signature de la personne à assurer 2 _____ Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2

_____ Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____ Signature _____ Date (aaaa-mm-jj)

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2

_____ Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____ Signature _____ Date (aaaa-mm-jj)

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

H - Déclarations et signatures

1- Le preneur et la personne à assurer reconnaissent ce qui suit :

a) Le contrat visé par la présente demande sera remis en vigueur à la date d'acceptation de cette demande par Desjardins Assurances si les conditions suivantes sont respectées :

- les primes échues doivent être payées; **et**
- l'état de santé et les habitudes de vie de chaque personne à assurer ne doivent pas avoir changé entre la date de signature de la présente demande de remise en vigueur et la date de son acceptation par Desjardins Assurances.

b) Si une personne assurée se suicidait dans les 2 ans qui suivent la remise en vigueur du contrat, Desjardins Assurances ne verserait pas le ou les montants d'assurance prévus par le contrat. Desjardins Assurances ne ferait que rembourser les primes payées (sans intérêt) depuis la date de remise en vigueur du contrat. Ce remboursement serait fait au nom du ou des bénéficiaires désignés dans la demande d'assurance initiale ou dans le plus récent document signé par le preneur à cet effet.

c) Toute déclaration inexacte des preneurs ou des personnes à assurer, y compris celle relative à la consommation de tabac ou de produits de nicotine, peut entraîner l'annulation du contrat.

2- Le preneur reconnaît :

- que les renseignements fournis dans la « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt », le cas échéant, sont exacts et complets et que, en cas de changement, il doit fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
- qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la **section A2 - Preneur - personne morale, fiducie ou autre entité** (page 1) dans un délai de 90 jours.

3- La personne à assurer reconnaît qu'elle a lu la **section E - Avis relatif au MIB, LLC** (pages 7 et 9).

4- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans le présent formulaire, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, soient communiqués au preneur.

Remarque : Le **Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F)** dûment rempli et les documents demandés dans ce formulaire doivent être joints à la demande de remise en vigueur dans la situation suivante :

a) le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité; **et**
b) la remise en vigueur d'une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

⚠ _____
Signé à (ville, province ou territoire)

X _____ _____ X _____ _____
Signature du preneur 1 (personne physique) Date (aaaa-mm-jj) Signature du preneur 2 (personne physique) Date (aaaa-mm-jj)

X _____ _____
Signature de la personne autorisée à signer au nom du preneur « personne morale, fiducie ou autre entité » Date (aaaa-mm-jj)

X _____ _____ X _____ _____
Signature de la personne à assurer 1 Date (aaaa-mm-jj) Signature de la personne à assurer 2 Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

_____ X _____ _____
Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 1 (en lettres majuscules) Signature Date (aaaa-mm-jj)

_____ X _____ _____
Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 2 (en lettres majuscules) Signature Date (aaaa-mm-jj)

Signature du représentant

X _____ _____
Signature du représentant ☐ cochez si stagiaire Date (aaaa-mm-jj)

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier

Courriel

X _____ _____
Signature du superviseur (au Québec seulement) Date (aaaa-mm-jj)

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

I - Consentement particulier

Applicable au Québec seulement

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – preneur(s) et personne(s) à assurer		**Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation du client**	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

I - Consentement particulier (suite)

I1 - Avis de consentement particulier

Vous êtes libre de donner ce consentement ou non

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant.
  À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période.
  Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

- Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 **Montréal :** 514 395-0337 **Sans frais :** 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

I2 - Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

I3 - Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à

Desjardins Sécurité financière, cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2

par l'avis suivant :

En date du (aaaa-mm-jj) : _____

Par la présente, je soussigné, _____ , vous avise que j'annule
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature du preneur ou de la personne assurée

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d’assurance vie.