

Numéro de contrat :	Numéro de référence :
---------------------	-----------------------

Informations importantes

- 1- Pour les transformations, les garanties d'assurabilité ou une modification à une assurance vie universelle, une illustration doit être soumise.
- 2- Pour les transformations et les garanties d'assurabilité, la nouvelle garantie sera établie dans un nouveau contrat.
- 3- Pour procéder à une modification contractuelle avec preuves d'assurabilité, veuillez remplir les sections appropriées dans la **Proposition d'assurance vie, santé et invalidité (07002F)**.
- 4- Pour procéder à un changement de preneur, veuillez remplir la **Demande de changement de preneur (09614)**.
- 5- Si le contrat est mis en gage ou inclut un bénéficiaire irrévocable, il est essentiel d'obtenir la ou les signatures requises à la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.
- 6- Si votre client est invalide actuellement (partiellement ou totalement), il ne peut exercer son droit de substitution ou son option d'assurabilité future.
- 7- Si vous souhaitez ajouter ou modifier l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) lors de votre demande de modification, vous devez remplir le formulaire 24311F ou 07002F **en plus du présent formulaire**. Pour savoir quel formulaire remplir, consultez la page **Administration de l'en-vigueur** sur [web](#).

Table des matières

A - Informations générales	2
B - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (preneur – personne physique)	3
C - Changements demandés	3
D - Changements demandés pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect	5
E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect	5
F - Assurance en vigueur.....	7
G - Changements demandés pour SOLO Assurance soins de santé	7
H - Désignation de bénéficiaires.....	9
I - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec).....	10
J - Paiement de l'assurance	11
K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins.....	14
L - Déclarations et autorisations	15
M - Instructions spéciales	16
N - Consentement particulier.....	17

Informations du représentant

Rémunération : de carrière accélérée sans objet

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

A - Informations générales
A1 – Identification des preneurs (personnes physiques)

Preneur 1			Preneur 2 <input type="checkbox"/> Même adresse que pour le Preneur 1		
Prénom	Nom		Prénom	Nom	
Adresse (N°, rue, app.)			Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire		Ville	Province ou territoire	
Code postal	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Code postal	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Courriel			Courriel		
Numéro de téléphone à 10 chiffres			Numéro de téléphone à 10 chiffres		
Résidence : _____ Cellulaire : _____			Résidence : _____ Cellulaire : _____		
Travail : _____, poste : _____			Travail : _____, poste : _____		
Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Preneur 1 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne à assurer : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Preneur 2 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si non , indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____			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 ce formulaire ou dans le contrat pour lequel une modification est demandée.)			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 ce formulaire ou dans le contrat pour lequel une modification est demandée.)		
<input type="checkbox"/> Votre représentant			<input type="checkbox"/> Votre représentant		
<input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :			<input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :		
Prénom	Nom	Lien avec vous	Prénom	Nom	Lien avec vous

A2 - Identification du preneur (personne morale, fiducie ou autre entité)

- Veuillez remplir le formulaire **08295F** si la modification demandée s'applique à un contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Nom de l'entreprise		
Adresse (N°, rue, app.)		Ville
Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres
Courriel		Résidence : _____ Cellulaire : _____
		Travail : _____, poste : _____

Identification du signataire autorisé

- Veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).

Prénom	Nom	
Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire	Code postal

B - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (preneur – personne physique)

- La déclaration de résidence aux fins de l'impôt concerne les modifications à un contrat d'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 pourrions pas traiter votre demande.

Preneur 1	Preneur 2												
<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.												
<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____	<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____												
<input type="checkbox"/> 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). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : <input type="checkbox"/> Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. <input type="checkbox"/> 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) : _____	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 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). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : <input type="checkbox"/> Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. <input type="checkbox"/> 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) : _____	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF	_____	_____	_____	_____
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
_____	_____												
_____	_____												
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
_____	_____												
_____	_____												

C - Changements demandés

Veuillez remplir une nouvelle proposition d'assurance pour une augmentation du montant d'assurance, un changement au taux privilégié ou un ajout de protection (sauf pour l'ajout des protections Fracture accidentelle ou Mutilation ou perte d'usage accidentelles).

Cochez la case appropriée

<input type="checkbox"/> Ajout d'un enfant à la protection Assurance vie - enfants existante (ou à la Solution Famille pour les contrats Vision)		<input type="checkbox"/> Nivellement des coûts d'assurance - vie universelle ⁽¹⁾ (Courtage et Vision « N1 »)
Prénom	Nom à la naissance	<input type="checkbox"/> Nivellement des coûts d'assurance - vie universelle ⁽¹⁾ (anciens produits du portefeuille de State Farm)
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
<input type="checkbox"/> Ajout de la protection Fracture accidentelle ou Mutilation ou perte d'usage accidentelles		<input type="checkbox"/> Assurance libérée réduite
<input type="checkbox"/> Augmentation triennale (Vie Autonome)		<input type="checkbox"/> Privilège d'association
<input type="checkbox"/> Croissant à nivelé		<input type="checkbox"/> Privilège d'assurabilité
<input type="checkbox"/> Diminution du montant d'assurance :		<input type="checkbox"/> Résiliation de protections ou d'assurés
<input type="checkbox"/> Droit d'échange partiel		<input type="checkbox"/> Résiliation de l'indexation
<input type="checkbox"/> Droit d'échange total		<input type="checkbox"/> Séparation de contrat (ou migration de contrat pour les contrats Vision)
		<input type="checkbox"/> Autre :

⁽¹⁾ Une illustration est nécessaire pour ce changement.

C - Changements demandés (suite)**Changements demandés pour les contrats Vision seulement**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Changement d'une protection « Constante » pour une protection « Croissante » | <input type="checkbox"/> Passage de solution prévu au contrat |
| <input type="checkbox"/> Changement d'une protection « Croissante » pour une protection « Constante » | <input type="checkbox"/> Éclatement de solution |
| <input type="checkbox"/> Changement de solution pour une solution « À la carte » ou « Performance » | |
| <input type="checkbox"/> Modification du fonds d'épargne
<input type="checkbox"/> Retrait partiel <input type="checkbox"/> Retrait total <input type="checkbox"/> Terminaison | |
| • Pour transférer un montant d'épargne ou changer la répartition des options de placement, veuillez remplir le formulaire Modification(s) au fonds d'épargne d'un contrat Vision (06252F) . | |

- Invalidité – revenu
- Changement d'une protection « Ultra » pour une protection « Plus »
- Changement d'une protection « Plus » pour une protection « Base »

 Transformation d'une assurance collective en assurance individuelle ^(1, 2, 3)

Nom de la protection à transformer: _____

Nom de la protection demandée: _____

Montant d'assurance demandé: _____ \$

Prénom et nom des enfants à charge, s'il y a lieu:

 Transformation d'une assurance individuelle temporaire en assurance individuelle permanente ^(1, 2)

- Transformation totale:
- Nom de la protection demandée: _____
- Prénom et nom des personnes à assurer: _____
- Transformation partielle:
- Nom de la protection à transformer: _____
- Nom de la protection demandée: _____
- Montant d'assurance demandé: _____ \$
- Prénom et nom des personnes à assurer: _____
- Voulez-vous conserver le montant d'assurance restant après la transformation partielle?
- Oui, je veux conserver le montant d'assurance restant.
- Non. Je veux mettre fin à la protection. (Les protections complémentaires prendront également fin.)
- Non. Je veux mettre fin à toutes les protections du contrat.

- Transformation d'une assurance familiale ou pour enfant:
- Nom de la protection demandée: _____
- Montant d'assurance demandé: _____ \$

Prénom et nom des enfants à charge:

 Garantie d'assurabilité ^(1, 2)

- Garantie d'assurabilité - Particulier Veuillez indiquer l'événement qui justifie l'exercice de la garantie d'assurabilité:

<input type="checkbox"/> Âge: _____	<input type="checkbox"/> Mariage: _____ Date du mariage (aaaa-mm-jj)	<input type="checkbox"/> Naissance ou adoption d'un enfant: _____ Nom	_____ Date de naissance (aaaa-mm-jj)
-------------------------------------	--	--	--

- Garantie d'assurabilité - Entreprise
- Assurez-vous de soumettre l'information suivante:
- États financiers des 3 dernières années
 - Confirmation de la part de l'assuré dans l'entreprise
 - Confirmation que l'entreprise est toujours le preneur du contrat et que cette dernière n'a pas changé depuis l'émission du contrat

(1) Une illustration est nécessaire pour ce changement.

(2) La nouvelle protection sera établie dans un nouveau contrat.

(3) Les protections admissibles à une transformation d'assurance collective sont indiquées sur [web](#).

D - Changements demandés pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect

⚠ ATTENTION! Tous les renseignements personnels que la personne à assurer fournira dans les sections D, E et F seront communiqués au preneur.

Personne à assurer Prénom: _____ Nom: _____

Cochez la case appropriée

- Augmentation de la période d'attente : _____ jours Retrait d'un avenant (spécifiez quel avenant): _____
 Diminution de la rente mensuelle : _____ \$ Changement de structure de prime de T10 vers T65
 Diminution de la période d'indemnisation : _____ années

Pour les changements **ci-dessus**, vous n'avez pas à répondre à d'autres questions.

- Exercice de l'option d'assurabilité future
 - Veuillez remplir la **section E** (questions 1 à 19) et la **section F** et fournir les preuves financières ci-dessous, s'il y a lieu.
 - À demander au moins 30 jours avant l'anniversaire.

Preuves financières à fournir - SOLO et Sélect Assurance salaire
SOLO Assurance proprio

	Salarié	Travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise		SOLO Assurance proprio
	Peu importe le total des rentes d'invalidité	Total des rentes d'invalidité ≤ 3 500 \$*	Total des rentes d'invalidité ≥ 3 501 \$*	
Sans prestation garantie	Aucune preuve financière	Aucune preuve financière	<ul style="list-style-type: none"> • A/2A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 3 dernières années • 3A/4A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers de la dernière année complétée 	Aucune preuve financière
Avec prestation garantie	<ul style="list-style-type: none"> • A/2A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 3 dernières années (ou T4) • 3A/4A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années (ou T4) 	<ul style="list-style-type: none"> • A/2A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 3 dernières années • 3A/4A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers de la dernière année complétée 	<ul style="list-style-type: none"> • A/2A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 3 dernières années • 3A/4A: T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers de la dernière année complétée 	Aucune preuve financière

* Le total des rentes d'invalidité comprend la rente indiquée dans le présent formulaire ainsi que toutes les autres rentes d'invalidité en vigueur auprès de Desjardins Assurances ou d'autres compagnies identifiées à la **section F**.

Droit de substitution

- SOLO Assurance proprio vers SOLO Assurance salaire (Veuillez répondre aux questions 1 à 18 de la **section E** et remplir la **section F**.)
 SOLO Assurance salaire vers SOLO Assurance proprio (Veuillez répondre aux questions 1 à 12 de la **section E** et remplir la **section F**.)
 SOLO/Sélect Assurance salaire vers Assurance frais d'affaires (Veuillez répondre aux questions 1 à 19 de la **section E** et remplir la **section F**.)
 Assurance frais d'affaires vers SOLO/Sélect Assurance salaire (Veuillez répondre aux questions 1 à 18 de la **section E** et remplir la **section F**.)

Droit de prolongation

- SOLO/Sélect Assurance salaire et SOLO Assurance proprio (Veuillez répondre aux questions 1 à 12 de la **section E**.)
 Assurance frais d'affaires (Veuillez répondre aux questions 1 à 9 et 13 à 19 de la **section E**.)

E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect
Situations particulières

- 1- Êtes-vous invalide (partiellement ou totalement)? Oui Non
Note: Si vous répondez **oui** à cette question, vous n'êtes pas admissible à exercer votre option d'assurabilité future et votre droit de substitution.
- 2- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui Non
- 3- Êtes-vous en retrait préventif ou en congé parental? Oui Non

Profil d'emploi

4- Profession ou métier: _____ 5- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu (niveau d'études): _____

6- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (aaaa-mm-jj)? _____
 Si c'est depuis moins de 3 ans, veuillez indiquer votre emploi précédent: _____

7- **Fonctions et tâches** - Veuillez indiquer le % associé aux fonctions que vous occupez et **préciser les tâches** que vous effectuez pour chaque type de fonction dans la colonne « **Tâches** ».

Fonctions	Pourcentage	Tâches
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Ventes		
d) Supervision		
e) Autres, précisez: _____		
Total	100%	
f) Indiquez le pourcentage de temps consacré à des déplacements à l'extérieur de l'Amérique du Nord:	%	

8- Nombre d'heures travaillées par semaine: _____ 9- Nombre de semaines travaillées par année: _____ semaines / année

E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect (suite)
Profil de l'entreprise ou de l'employeur

10- Nom de l'entreprise : _____ 11- Nature de l'entreprise : _____

12- a) Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte (aaaa-mm-jj)? _____

 b) Veuillez indiquer votre situation d'emploi actuelle : Employé Travailleur autonome Propriétaire d'entreprise

c) Veuillez remplir le tableau suivant si vous êtes un travailleur autonome ou un propriétaire d'entreprise :

Nombre d'associés ou d'actionnaires :		Nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires) :	
Pourcentage des actions que vous détenez dans l'entreprise :	%	Nombre d'employés à temps partiel (à l'exclusion des propriétaires) :	

Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts)

13- Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle

a) <input type="checkbox"/> Employé Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus ligne 10400, moins ligne 22900.	Salaire de l'année en cours	Salaire de l'année précédente	Salaire de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
b) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission c) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome d) <input type="checkbox"/> Associé Le revenu gagné correspond au revenu net déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : lignes 13500 à 14300 - le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu total (dernière année)	Revenu total (avant-dernière année)
	\$	\$	\$
e) <input type="checkbox"/> Propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.) Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus 10400, plus votre part des profits ou des pertes. Ce revenu exclut les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes de toute source et tout autre revenu de placement, les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées ainsi que toute rémunération différée et tout autre revenu qui ne sont pas reçus directement en retour d'un service fourni.		Dernière année	Avant-dernière année
	Salaire	\$	\$
	Profit ou (perte) de l'entreprise	\$	\$
	Total	\$	\$
	Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) :		
f) <input type="checkbox"/> Producteur agricole reconnu Le revenu gagné inclut les dépenses d'amortissement.	Revenu de l'année en cours	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$

 14- Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? Oui Non
 Si **oui**, quel est le montant du fractionnement? _____ \$

 15- Calculez vos revenus non professionnels de l'année dernière et estimez ceux de cette année.
 Est-ce que l'un d'eux dépasse le moindre des montants suivants : 30 000 \$ ou 15 % de votre revenu déclaré à la **question 13**? Oui Non
 (Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : revenu de placement ou de location ou droits d'auteur.)
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 17** - Revenus non professionnels.

 16- Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? Oui Non
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 18** - Valeur nette.

 17- Revenus non professionnels (Les revenus non professionnels sont exclus du revenu gagné net assurable déclaré à la **question 13**.)

Profit net tiré de revenus locatifs	\$
Gains en capital	\$
Dividendes non professionnels	\$
Intérêts	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

18- Valeur nette

Économies, liquidités, actions, obligations	\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)	\$
Biens immobiliers	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect (suite)

19- Assurance frais d'affaires (part des frais d'affaires mensuels de l'assuré). Pour SOLO Sécuriterre, ne remplissez pas les éléments l), m) et n).

a) Loyer, électricité, téléphone et autres services publics	\$	h) Intérêts débiteurs	\$
b) Salaire du personnel	\$	i) Taxes professionnelles et permis	\$
c) Entretien ménager	\$	j) Affranchissement et fournitures de bureau	\$
d) Services professionnels d'un comptable externe	\$	k) Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaires	\$
e) Prime d'assurance incendie, vol et risques divers	\$	l) Crédit-bail et amortissement d'équipement, y compris l'automobile	\$
f) Cotisations professionnelles	\$	m) Dépréciation du matériel et des locaux appartenant à la personne à assurer	\$
g) Assurance responsabilité professionnelle	\$	n) Amortissement ou remboursement périodique de capital, y compris les prêts hypothécaires	\$
o) Remboursement périodique de capital relatif à des prêts souscrits pour des actifs non amortissables (SOLO Sécuriterre seulement)			\$

Total des frais d'affaires (additionnez les montants des deux colonnes): _____ \$

F - Assurance en vigueur

- À remplir si le changement demandé est à la **section D** - Changements demandés pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect.
- Le traitement de cette demande peut être retardé si cette section n'est pas remplie.

Protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect

- Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance invalidité (y compris une protection d'assurance collective offerte par un employeur)? Oui Non
- Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance invalidité détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas la protection visée par cette demande.)
- Si la personne à assurer est couverte par une protection de la MÉDIC Construction, veuillez indiquer la lettre du régime: _____

Protections d'assurance invalidité en vigueur	Émission du contrat (aaaa-mm-jj)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex.: SOLO Assurance proprio)					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex.: SOLO Assurance proprio)					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex.: SOLO Assurance proprio)					

Êtes-vous admissible à des prestations:

- a) d'assurance-emploi? Oui Non
- b) d'une commission des accidents du travail - CNESST (auparavant la CSST) / CSPAAT / CSSIAT / WCB? Oui Non

G - Changements demandés pour SOLO Assurance soins de santé
Réduction de la protection Santé plus
 Régime de base

Retrait d'un avenant (cochez le ou les avenants à retirer)
À noter que si vous retirez l'avenant Médicaments, l'avenant Soins dentaires sera automatiquement retiré.
 Médicaments Soins dentaires Hospitalisation

Retrait d'un assuré
 Conjoint Enfant



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

H - Désignation de bénéficiaires

H1 - Décès

• Veuillez cocher l'option qui s'applique.

Cette désignation s'applique à toutes les protections du contrat.

Cette désignation s'applique à la nouvelle protection seulement.

Directive

Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

Ex. : Montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie.

La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Important : Si le contrat prévoit déjà un ou des bénéficiaires irrévocables, ces derniers doivent signer la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

H2 - Désignation de bénéficiaires subrogés

Si un bénéficiaire indiqué dans la **section H1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

H - Désignation de bénéficiaires (suite)
H3 - Maladies graves

• Veuillez cocher l'option qui s'applique.

Cette désignation s'applique à toutes les protections du contrat.

Cette désignation s'applique à la nouvelle protection seulement.

Directive

Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat. **Ex.** : Montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves.

La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Important : Si le contrat prévoit déjà un ou des bénéficiaires irrévocables, ces derniers doivent signer la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

I - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)

• Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.

• Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux **sections H1 - Décès** et **H3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaires mineurs		Fiduciaire(s)	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Sexe	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom	Nom				

J - Paiement de l'assurance**J1 - Paiement du contrat****Information sur la prime****Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)**

Prime annuelle : _____ \$ Prime semestrielle : _____ \$ Prime mensuelle : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

 Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.

<input type="checkbox"/> Prime et dépôt annuels	OU	<input type="checkbox"/> Prime et dépôt mensuels
Prime : _____ \$		Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$		Dépôt : _____ \$
Montant annuel total : _____ \$		Montant mensuel total : _____ \$

Choix du mode de paiement

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

Débits préautorisés – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

Carte de crédit – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).
Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre **la prime et le dépôt annuels**.

 _____  _____ Date (aaaa-mm-jj)
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit Signature du titulaire de la carte de crédit

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

Chèque – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

Lors de la livraison du contrat (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

J - Paiement de l'assurance (suite)
J2 - Autre paiement ou remboursement

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard du contrat.

Type de paiement ou de remboursement	Choix du mode de paiement
<input type="checkbox"/> Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	

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

i Ce consentement concerne :

- chaque **preneur « personne physique »**
- la **personne à assurer** (seulement si la modification demandée dans ce formulaire s'applique à une protection d'assurance invalidité SOLO ou Sélect)

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 la section L - Déclarations et autorisations (page 14) :

- 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.

L - Déclarations et autorisations

- 1- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente demande sont véridiques et complètes.
- 2- Le preneur consent à modifier son contrat en tenant compte des renseignements inscrits dans le présent document.
- 3- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans le présent formulaire soient communiqués au preneur.
- 4- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- 5- 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.
- 6- Le preneur « personne physique » et la personne à assurer donnent leur consentement relativement au contenu de la **section K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins** (page 13).

 **X** _____
Signature du preneur 1 (personne physique) Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

 **X** _____
Signature du preneur 2 (personne physique) Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

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

Signature de la personne à assurer (protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect seulement)

 **X** _____
Signature de la personne à assurer Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier

- Cette section doit être remplie lorsque la signature du bénéficiaire irrévocable ou du créancier ayant pris une garantie sur le contrat est requise.

Bénéficiaire irrévocable du contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document, y compris la révocation de ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu.

_____ **X** _____
Prénom et nom Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

_____ **X** _____
Prénom et nom Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Créancier ayant pris une garantie sur le contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document.

_____ **X** _____
Nom du créancier Signature Signé à (ville, province ou territoire) 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)

M - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour la demande de modification.
-

N - 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.**

N - Consentement particulier (suite)**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.

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.**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.