

Numéro de contrat :

 Un changement ou un ajout de preneur doit toujours être effectué avec un représentant.

## Informations importantes

Si vous voulez seulement désigner ou changer un ou des bénéficiaires, veuillez utiliser le formulaire **Désignation ou changement de bénéficiaire - 17073F**.

Si vous voulez modifier les instructions de paiement du contrat lorsque vous effectuez un changement de preneur, 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.

- 1- Lorsqu'un changement ou un ajout de preneur est effectué, une nouvelle désignation de bénéficiaire doit aussi être effectuée, à moins que votre contrat prévoie une clause spécifique à ce sujet. Si les bénéficiaires qui avaient été désignés demeurent les mêmes, vous devez les inscrire de nouveau.
- 2- Si aucune désignation de bénéficiaire n'est effectuée lors d'un changement de preneur et que le nouveau preneur n'est pas une personne assurée, le nouveau bénéficiaire sera automatiquement le nouveau preneur désigné.
- 3- Si aucune désignation de bénéficiaire n'est effectuée lors d'un changement de preneur et que le nouveau preneur est aussi la personne assurée, les nouveaux bénéficiaires seront automatiquement les héritiers du nouveau preneur désigné.
- 4- Si le nouveau preneur désire conserver le même bénéficiaire, il doit le désigner de nouveau en remplissant la partie appropriée de la **section C - Désignation ou changement de bénéficiaire**.
- 5- S'il y a lieu, les protections complémentaires liées à l'invalidité, au décès ou à la perte d'emploi de l'ancien preneur seront résiliées lors du changement de preneur.
- 6- Si le changement de preneur est demandé à la suite d'une cession qui résulte d'un jugement de divorce ou de séparation, veuillez joindre la copie du jugement.
- 7- Le nouveau preneur peut obtenir une copie du contrat auprès de l'ancien preneur ou en faisant la demande à Desjardins Assurances.

## Table des matières

<b>A - Changement de preneur</b> .....	<b>2</b>
<b>B - Changement de nom</b> .....	<b>8</b>
<b>C - Désignation ou changement de bénéficiaire</b> .....	<b>8</b>
<b>D - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)</b> .....	<b>10</b>
<b>E - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins</b> .....	<b>11</b>
<b>F - Déclarations et signatures</b> .....	<b>12</b>
<b>G - Informations et déclaration du représentant</b> .....	<b>13</b>

**Identification du ou des preneurs actuels**

Prénom	Nom
Prénom	Nom

**A - Changement de preneur**
**A1 - Changement de preneur en faveur d'une personne physique (ou ajout d'un preneur « personne physique »)**

- Veuillez identifier, dans le tableau suivant, le ou les preneurs que vous voulez nommer pour le présent contrat.  
 **Attention** : Vous devez réinscrire un preneur que vous voulez conserver.
- Si le changement ou l'ajout de preneur est effectué pour un contrat d'assurance vie avec des valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir la **section A8 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

Nouveau preneur 1		Nouveau preneur 2	
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse (N°, rue, app.)		Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Ville	Province ou territoire
Code postal	Courriel	Code postal	Courriel
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Résidence : _____ Cellulaire : _____		Résidence : _____ Cellulaire : _____	
Travail : _____, poste : _____		Travail : _____, poste : _____	
Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)		Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)	

Identification du lien du preneur avec les assurés (obligatoire au Québec seulement)		Identification du lien du preneur avec les assurés (obligatoire au Québec seulement)	
Nom de l'assuré 1	Nom de l'assuré 2	Nom de l'assuré 1	Nom de l'assuré 2
<b>Lien du preneur avec l'assuré</b>		<b>Lien du preneur avec l'assuré</b>	
Assuré 1	Assuré 2	Assuré 1	Assuré 2
<b>Signature de l'assuré</b> (obligatoire seulement s'il n'y a pas d'intérêt d'assurance* entre le preneur et l'assuré)		<b>Signature de l'assuré</b> (obligatoire seulement s'il n'y a pas d'intérêt d'assurance* entre le preneur et l'assuré)	
Signature de l'assuré 1 <b>X</b>	Signature de l'assuré 2 <b>X</b>	Signature de l'assuré 1 <b>X</b>	Signature de l'assuré 2 <b>X</b>

\*Selon la loi, il existe un intérêt d'assurance entre le preneur et l'assuré lorsqu'un lien familial, moral ou économique les unit. Ainsi, un preneur a un intérêt d'assurance dans sa vie et sa santé, ainsi que dans la vie et la santé de son conjoint, de ses enfants et des enfants de son conjoint, ou des personnes qui contribuent à son soutien ou à son éducation. Un preneur a aussi un intérêt d'assurance dans la vie et la santé des personnes qui présentent pour lui un intérêt moral ou économique.

**A2 - Désignation ou changement de preneur subrogé**

- Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour désigner ou changer un preneur subrogé.  
 Au décès d'un des preneurs, les droits et intérêts de ce preneur relativement au présent contrat seront transférés :

<input type="checkbox"/> <b>au preneur subrogé indiqué ci-dessous</b>	<input type="checkbox"/> <b>au preneur survivant</b> (ne s'applique qu'aux contrats qui comptent plus d'un preneur)	
Prénom et nom du preneur subrogé		
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Courriel
Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Province ou territoire	Résidence : _____ Cellulaire : _____	
Code postal	Travail : _____, poste : _____	



**A - Changement de preneur (suite)****Identification du nouveau preneur (Décès du preneur actuel)**

Le liquidateur identifié ci-dessus confirme que le présent contrat est légué à la personne identifiée ci-dessous.

- Si le changement de preneur est effectué pour un contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir la **section A8 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

Prénom		Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Adresse (N°, rue, app.)				Ville		Province ou territoire	
Code postal		Courriel		Numéro de téléphone à 10 chiffres			
Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)				Résidence : _____		Cellulaire : _____	
				Travail : _____		poste : _____	

**Identification du lien du preneur avec les assurés (obligatoire au Québec seulement)**

Nom de l'assuré 1		Nom de l'assuré 2	
-------------------	--	-------------------	--

**Lien du preneur avec l'assuré**

Assuré 1		Assuré 2	
----------	--	----------	--

**Signature de l'assuré (obligatoire seulement s'il n'y a pas d'intérêt d'assurance\* entre le preneur et l'assuré)**

Signature de l'assuré 1 <b>X</b>		Signature de l'assuré 2 <b>X</b>	
-------------------------------------	--	-------------------------------------	--

\*Selon la loi, il existe un intérêt d'assurance entre le preneur et l'assuré lorsqu'un lien familial, moral ou économique les unit. Ainsi, un preneur a un intérêt d'assurance dans sa vie et sa santé, ainsi que dans la vie et la santé de son conjoint, de ses enfants et des enfants de son conjoint, ou des personnes qui contribuent à son soutien ou à son éducation. Un preneur a aussi un intérêt d'assurance dans la vie et la santé des personnes qui présentent pour lui un intérêt moral ou économique.

**A5 - Transfert du contrat au preneur subrogé (Décès du preneur actuel)**

**Directive :** Vous devez **obligatoirement** joindre au présent formulaire le certificat de décès du preneur.

**Identification du preneur subrogé**

- Si le changement de preneur est effectué pour un contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir la **section A8 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

Prénom		Nom		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Adresse (N°, rue, app.)						Ville	
Province ou territoire		Code postal		Numéro de téléphone à 10 chiffres			
Courriel				Résidence : _____		Cellulaire : _____	
				Travail : _____		poste : _____	

**A - Changement de preneur (suite)**
**A6 - Vérification de l'identité du preneur par le représentant (Preneur – personne physique)**

**Directive :** Si un preneur a été identifié à la **section A1, A4** ou **A5**, veuillez remplir la section ci-dessous et la **section G - Informations et déclaration du représentant.**

- **Ne joignez aucun document ayant servi à vérifier l'identité d'un preneur.**

Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ? <input type="checkbox"/> <b>Nouveau preneur 1</b> identifié à la <b>section A1</b> <input type="checkbox"/> Nouveau preneur identifié à la <b>section A4</b> <input type="checkbox"/> Nouveau preneur identifié à la <b>section A5</b>		Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ? <input type="checkbox"/> <b>Nouveau preneur 2</b> identifié à la <b>section A1</b>	
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement		<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement	
*Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		*Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.	
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____		Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	
Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

**Veuillez remplir la section suivante si le contrat comporte une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.**

Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus		Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus	
Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : <input type="checkbox"/> Facture de services publics <input type="checkbox"/> Relevé des prestations de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Relevé de la sécurité de la vieillesse <input type="checkbox"/> État des prestations du régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé <b>ne doit pas être émis</b> par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) <input type="checkbox"/> Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____		Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : <input type="checkbox"/> Facture de services publics <input type="checkbox"/> Relevé des prestations de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Relevé de la sécurité de la vieillesse <input type="checkbox"/> État des prestations du régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé <b>ne doit pas être émis</b> par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) <input type="checkbox"/> Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____	
Nom de l'émetteur		Nom de l'émetteur	
Numéro de compte ou de référence		Numéro de compte ou de référence	
Date d'émission (aaaa-mm-jj)		Date d'émission (aaaa-mm-jj)	

**A7 - Vérification de l'identité du signataire autorisé par le représentant (Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité)**

**Directive :** Si un signataire autorisé a été identifié à la **section A3**, veuillez remplir la section ci-dessous et la **section G - Informations et déclaration du représentant.**

- Si le contrat comporte une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez plutôt vérifier l'identité du signataire autorisé dans le formulaire **08295F**.
- **Ne joignez aucun document ayant servi à vérifier l'identité d'un preneur.**

<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement		
*Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

**A - Changement de preneur (suite)**
**A8 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (Preneur – personne physique)**

- À remplir lors d'une demande de changement ou d'ajout de preneur pour 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 qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> <b>Nouveau preneur 1</b> identifié à la <b>section A1</b> <input type="checkbox"/> Nouveau preneur identifié à la <b>section A4</b> <input type="checkbox"/> Nouveau preneur identifié à la <b>section A5</b>	Preneur qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> <b>Nouveau preneur 2</b> identifié à la <b>section A1</b>												
<input type="checkbox"/> <b>Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.</b>												
<input type="checkbox"/> <b>Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.</b> 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"/> <b>Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.</b> 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"/> <b>Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.</b> a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF).	<input type="checkbox"/> <b>Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.</b> 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th style="width: 40%;">NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th style="width: 40%;">NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	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												
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) : _____	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) : _____	c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____												

**A - Changement de preneur (suite)**
**A9 - Questions obligatoires si le contrat comporte une protection d'assurance vie**

- Selon la Loi de l'impôt sur le revenu, le fait de transférer la propriété d'un contrat d'assurance vie pourrait vous occasionner un gain sur police. Dans un tel cas, nous devons vous émettre un ou des feuillets fiscaux.
- Afin que nous puissions déterminer si un tel feuillet est nécessaire, vous devez répondre aux questions ci-dessous.
- Pour obtenir des précisions sur les conséquences fiscales relatives à un changement de preneur, veuillez consulter un spécialiste en fiscalité.

**Directives :** • Si vous-même et le nouveau preneur êtes des **personnes physiques**, veuillez remplir les **sections 1, 3 et 4**.

- Si le nouveau ou l'ancien preneur est une **personne morale** (ex. : compagnie, société par actions), une société de personnes, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir les **sections 2, 3 et 4**.

<b>1- Transfert entre personnes physiques</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
a) Le nouveau preneur est-il votre conjoint <sup>1</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le nouveau preneur est-il votre ex-conjoint <sup>2</sup> ? • S'il s'agit d'un transfert à votre ex-conjoint, est-il effectué en règlement des droits découlant d'un mariage ou d'une union de fait ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Le nouveau preneur est-il votre enfant <sup>3</sup> ? • S'il s'agit d'un transfert à un enfant, fait-il suite au décès de l'ancien preneur ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Le nouveau preneur est-il votre père, votre mère, votre beau-père, votre belle-mère, votre grand-père, votre grand-mère, votre frère, votre soeur, votre beau-frère ou votre belle-soeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2- Transfert impliquant une personne morale, une société de personnes, une fiducie ou une autre entité</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
a) Le transfert est-il effectué suite à la liquidation <sup>4</sup> d'une personne morale, qui est le preneur actuel, vers une autre personne morale qui détenait ses actions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le transfert est-il effectué suite à la fusion <sup>5</sup> d'une personne morale, qui est le preneur actuel, avec une autre personne morale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Le contrat est-il transféré par une fiducie, qui est le preneur actuel, à l'un de ses bénéficiaires en règlement de sa participation au capital <sup>6</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Le transfert est-il effectué entre des personnes ayant un lien de dépendance <sup>7</sup> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3- Contrat transféré à titre de garantie</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Le contrat est-il transféré à un créancier pour servir de garantie à l'égard d'une dette ou d'un prêt (autre qu'une avance sur contrat) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4- Transfert donnant lieu à une contrepartie**

Si le preneur actuel a reçu une contrepartie<sup>8</sup> pour le transfert de propriété du contrat, veuillez indiquer la juste valeur marchande<sup>9</sup> de cette contrepartie : \_\_\_\_\_ \$

**Si aucun montant n'est indiqué, Desjardins Assurances présumera que le preneur actuel ne reçoit aucune contrepartie pour le transfert du contrat.**

**Notes explicatives**

- 1- Aux fins de l'impôt, le mot « conjoint » désigne autant un conjoint de fait qu'un époux. Selon la Loi de l'impôt sur le revenu, un « conjoint de fait » est une personne qui vit une relation conjugale avec le particulier depuis au moins 12 mois ou une personne qui vit une relation conjugale avec le particulier et qui est le père ou la mère d'un enfant du particulier.
- 2- Aux fins de l'impôt, des époux demeurent des conjoints tant qu'ils n'ont pas divorcé, et des conjoints de fait demeurent des conjoints tant qu'ils n'ont pas vécu séparément pendant une période de 90 jours ou plus.
- 3- Aux fins de l'impôt, le mot « enfant » désigne un enfant, un enfant du conjoint, un enfant adopté, un petit-enfant, un arrière-petit-enfant ou le conjoint d'un enfant.
- 4- En vertu de l'article 88 de la Loi de l'impôt sur le revenu.
- 5- En vertu de l'article 87 de la Loi de l'impôt sur le revenu.
- 6- En vertu du paragraphe 107(2) de la Loi de l'impôt sur le revenu.
- 7- Il existe un lien de dépendance dans les cas suivants :  
Pour une personne morale ou une société de personnes :
  - lorsque le preneur actuel détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts de l'entité qui acquiert le contrat;
  - lorsque le nouveau preneur détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts de l'entité qui lui cède le contrat;
  - lorsqu'une même personne détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts des deux entités.Pour une fiducie personnelle :
  - avec ses bénéficiaires.
 Il peut exister un lien de dépendance dans d'autres situations. Si vous ne savez pas si le présent transfert est effectué entre personnes ayant un lien de dépendance, veuillez consulter un spécialiste en fiscalité.
- 8- Une contrepartie comprend le montant que le nouveau preneur a versé ou s'est engagé à verser pour acquérir le contrat **ou** la valeur des actifs qu'il a transférés pour acquérir le contrat.
- 9- Le terme « juste valeur marchande » désigne le prix que l'on peut obtenir, compte tenu des conditions générales du marché, lors de la vente d'un bien conclue entre des parties prudentes, bien informées, libres de toute contrainte et sans lien de dépendance.

## B - Changement de nom

Veillez joindre à votre demande une copie des documents qui constatent le changement de nom effectué, s'il y a lieu (selon ce que vous cochez dans les sections suivantes).

### B1 - Changement de nom – Personne physique

À titre de preneur du présent contrat, je demande que le nom \_\_\_\_\_ soit changé pour \_\_\_\_\_ pour la raison indiquée dans le tableau ci-dessous.

Date de naissance du preneur (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

#### Raison justifiant le changement de nom

Adoption légale     Changement légal de nom     Erreur dans la proposition     Autre – Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

### B2 - Changement de nom – Personne morale (ex. : compagnie, société par actions)

#### – Fiducie

#### – Autre entité (ex. : société de personnes, association)

À titre de personne autorisée à signer pour le preneur du présent contrat, je demande que le nom \_\_\_\_\_ soit changé pour \_\_\_\_\_ pour la raison indiquée dans le tableau ci-dessous.

#### Raison justifiant le changement de nom

Changement légal de nom     Erreur dans la proposition     Autre – Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## C - Désignation ou changement de bénéficiaire

### Informations importantes

- Une nouvelle désignation de bénéficiaire annule toute désignation précédente, mais elle ne modifie pas les désignations de bénéficiaire subrogé existantes.
- Si le bénéficiaire désigné est décédé et qu'aucun bénéficiaire subrogé n'a été désigné, la succession du preneur devient le bénéficiaire.
  - Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, veuillez joindre un certificat de décès.
  - Si les « héritiers » sont désignés comme bénéficiaires, cette désignation s'applique aux héritiers du preneur et non à ceux de l'assuré.
- Pour révoquer un bénéficiaire irrévocable déjà présent sur le contrat, vous devez obtenir sa signature à la partie « Bénéficiaire irrévocable à révoquer » de la **section F – Déclarations et signatures**.

**Pour la province de Québec :** Si vous désignez votre conjoint (personne avec qui vous êtes légalement marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, cette désignation est automatiquement irrévocable, à moins que vous n'ayez indiqué que cette désignation est révocable. La désignation de toute autre personne est révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

**Pour toutes les autres provinces et les territoires :** La désignation d'un bénéficiaire est automatiquement révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

**Révocable :** Le terme « révocable » signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

**Irrévocable :** Le terme « irrévocable » signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra pas être changée avant qu'elle ait atteint l'âge de la majorité.

### C1 - Décès

 Pour un contrat comportant une protection de type « Maladies graves - propriété partagée », veuillez remplir la section **C4 - Maladies graves - propriété partagée**.

**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 %.

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

**C - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)**
**C2 - Désignation ou changement de bénéficiaires subrogés**

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section C1 - 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

**C3 - Maladies graves**

**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 %.

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

**C - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)**
**C4 - Maladies graves - propriété partagée**

**Directive :** Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire de ces prestations est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province ou un territoire autre que le Québec.

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

**Prestation de maladie grave**

Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Prestation de décès**

Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Prestation de santé**

Bénéficiaires	%	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
Prénom			<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					
Prénom			<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					

**D - 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 C1 - Décès et C3 - 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			

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

 Ce consentement concerne tout preneur « **personne physique** » identifié à la section A1, A4 ou A5.

### 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](http://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 F – Déclarations et signatures (page 12) :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://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.

**F - Déclarations et signatures**

- Les déclarations 1, 2 et 3 s'appliquent à un changement de preneur. La déclaration 4 s'applique à la révocation d'un bénéficiaire irrévocable.

**F1 - Déclarations**

- Déclaration du ou des preneurs actuels** : Je déclare révoquer le ou les bénéficiaires révocables actuels sur ce contrat et me désister de tous mes droits, titres, privilèges et obligations qui se rattachent à ce contrat et demande, s'il y a lieu, l'annulation de toute garantie d'exonération des primes établie sur ma vie. Je cède mon contrat en faveur du ou des preneurs désignés à la **section A1** (preneur : personne physique) ou **A3** (preneur : personne morale, fiducie ou autre entité).
- Déclaration du ou des nouveaux preneurs** : Je consens à devenir preneur de ce contrat avec tous les droits, titres, privilèges et obligations qui s'y rattachent.
- Déclaration de tout preneur identifié à la section A1, A3, A4 ou A5** :
  - Je déclare 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, je dois fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
  - Je m'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la **section A3**, s'il y a lieu, dans un délai de 90 jours.
- Déclaration du ou des bénéficiaires irrévocables à révoquer** : Je consens à ce que ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable sur ce contrat soit révoquée.
- Déclaration de tout preneur « personne physique » identifié à la section A1, A4 ou A5** : Je donne mon consentement relativement au contenu de la **section E - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins** (page 11).

**F2 - Signatures**

- La ou les signatures requises en fonction du ou des changements demandés sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Changement demandé	Preneur(s) actuel(s)	Nouveau(x) preneur(s)	Bénéficiaire irrévocable à révoquer
Changement ou ajout de preneur (y compris un changement de bénéficiaire)	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Désignation ou changement de preneur subrogé	<b>X</b>		
Changement de bénéficiaire seulement*	<b>X</b>		<b>X</b>
Tout autre changement qui n'est pas effectué en même temps qu'un changement ou ajout de preneur	<b>X</b>		
<b>Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	

\*Si le preneur n'effectue qu'un changement de bénéficiaire, il ne se désiste pas de ses droits, titres, privilèges et obligations à l'égard du présent contrat.

**Preneur(s) actuel(s)**
**Personne physique :**

Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** \_\_\_\_\_  
Signature du preneur actuel

Nom du preneur actuel (en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

 **X** \_\_\_\_\_  
Signature du second preneur actuel

Nom du second preneur actuel (en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**Personne morale :**
**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur actuel

 Nom et titre de la personne autorisée à signer pour le preneur actuel  
(en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**Nouveau(x) preneur(s)**
**Personne physique :**

Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** \_\_\_\_\_  
Signature du nouveau preneur

Nom du nouveau preneur (en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

 **X** \_\_\_\_\_  
Signature du second nouveau preneur

Nom du second nouveau preneur (en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**Personne morale :**
**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur

 Nom et titre de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur  
(en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**Bénéficiaire irrévocable à révoquer**

Signé à (ville, province ou territoire)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable à révoquer

 Nom du bénéficiaire irrévocable à révoquer  
(en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable à révoquer

 Nom du bénéficiaire irrévocable à révoquer  
(en lettres majuscules)

Date (aaaa-mm-jj)

**G - Informations et déclaration du représentant**Rémunération :  de carrière  accélérée  sans objet

Le représentant déclare :

- 1- qu'il a vu tous les preneurs (y compris les personnes autorisées à signer au nom des preneurs s'il s'agit de personnes morales, de fiducies ou d'autres entités) et qu'il a dûment vérifié leur identité;
- 2- qu'il a fait part des informations suivantes aux preneurs ou qu'il les leur a communiquées par écrit : le nom de la ou des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance;
- 3- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette demande de changement de preneur;
- 4- qu'il a rempli le **Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F)** et s'est assuré que les documents requis y étaient joints, si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité et que le contrat comporte une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Le représentant est-il le nouveau preneur ?

 Oui  Non**X** \_\_\_\_\_  
Signature du représentant 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 désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.