MAI 2023

Proposition de contrat

FONDS DE PLACEMENT GARANTI – HELIOS2

Contrats non enregistrés

Contrats enregistrés

Régime d'épargne-retraite (RER)
RER de conjoint
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds de revenu de retraite (FRR)
FRR de conjoint
Fonds de revenu viager (FRV)
RER immobilisé
Fonds de revenu de retraite réglementaire (FRRR)
Fonds de revenu viager restreint (FRVR)
Régime d'épargne immobilisé restreint (REIR)

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Les Fonds de placement garanti DSF sont établis par **Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.**

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

Renseignements additionnels

Exigences relatives aux documents

Vous devez nous faire parvenir les documents suivants en plus de la proposition dûment remplie.

Contrats enregistrés

Fonds de revenu de retraite (FRR)

- Copie d'un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »

Compte de retraite immobilisé (CRI)

- Avenant relatif à un compte de retraite immobilisé (CRI) Disponible au webi.ca

Fonds de revenu viager (FRV)

- Avenant relatif à un fonds de revenu viager (FRV) Disponible au webi.ca
- Une renonciation du conjoint pourrait être exigée. Veuillez vous reporter aux règlements de votre province.

Liste des numéros de fonds et exigences de dépôt minimal

Veuillez noter que vous pouvez trouver la liste complète des numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal dans la grille des fonds (20105F) au webi.ca. Le Titulaire/Cotitulaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement sous Liens utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Contrats enregistrés

Si la présente proposition a trait à un contrat enregistré, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) doit demander l'enregistrement du contrat à titre de régime enregistré d'épargne-retraite ou de fonds enregistré de revenu de retraite en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Les contrats enregistrés sont assujettis à des restrictions conformément à l'article 146 ou 146.3 de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Je comprends qu'en raison de l'enregistrement du contrat, tous les paiements effectués par DSF seront assujettis à l'impôt, conformément à cette loi.

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. Nous vous invitons à lire la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite pour obtenir plus de détails sur la manière dont nous gérons les renseignements personnels.

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Elle les conserve dans un dossier afin de vous permettre de bénéficier de ses différents services financiers y compris des régimes de retraite, des protections d'assurances, des rentes et du crédit. Certains de vos renseignements personnels seront partagés avec d'autres entités du Mouvement Desjardins pour des raisons précises, par exemple pour vous identifier, pour vous faire profiter d'avantages d'être membre ou client de Desjardins, ou pour respecter nos obligations légales. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigus ou non pertinent. Pour connaitre comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

1150, rue de Claire-Fontaine
Québec (Québec) G1R 5G4
Téléphone : 1 877 647-5435
Télécopieur : 1 888 926-2987
Courriel : fpgserviceclients@dsf.ca

Fonds de placement garanti (FPG)

À l'usage exclusif de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Numéro du contrat

Proposition de contrat Helios2

DIRECTIVES : Cette Proposition de contrat ne peut être utilisée pour un CELI ou un contrat détenu au nom d'un intermédiaire / prête-nom.

Courtier | Succursale | Conseiller

1. Type de Contrat

Choisissez un type de régime. Pour les régimes immobilisés, les avenants, les renonciations du conjoint, les annexes et les documents de transfert appropriés sont disponibles au webi.ca.

Cette question est obligatoire pour les contrats non enregistrés, conformément aux exigences de la législation fédérale.

☐ **Contrats enregistrés**
☐ Régime d'épargne-retraite (RER) ☐ RER de conjoint ☐ Fonds de revenu de retraite (FRR) ☐ FRR de conjoint
☐ Compte de retraite immobilisé (CRI)* ☐ RER immobilisé* ☐ Fonds de revenu viager (FRV)* ☐ Fonds de revenu viager restreint (FRVR)*
☐ Régime d'épargne immobilisé restreint (REIR)* ☐ Fonds de revenu de retraite réglementaire (FRRR)*

*Avenant requis

Pour les régimes immobilisés, veuillez indiquer le territoire de compétence et joindre l'avenant approprié.
☐ FED ☐ AB ☐ BC ☐ MB ☐ NB ☐ NL ☐ NS ☐ ON ☐ QC ☐ SK

☐ **Contrat non enregistré** Quel est l'objectif et la nature projetée du placement?
☐ Épargne-retraite ☐ Planification successorale ☐ Autre : _____

2. Renseignements sur le Titulaire

Si le Titulaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie, veuillez remplir la section « Rentier ».

Si le Titulaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie, veuillez remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé » et le formulaire 08295F « Formulaire complémentaire de vérification d'identité » disponible au webi.ca.

Si le Titulaire a habilité un particulier à donner des directives en son nom (p. ex. : au moyen d'une procuration), veuillez remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé » et fournir une copie du document de la procuration.

***Important :** Ces champs doivent être remplis.

Sexe ☐ H ☐ F | Langue ☐ Français ☐ Anglais | Personne ☐ Physique ☐ Morale

Nom de famille du Titulaire | Prénom | Initiales | Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Nom de l'organisation | Numéro d'assurance sociale

Adresse | Ville | Téléphone au domicile

Province | Pays | Code postal | Téléphone au travail

Profession* (Information exigée par la législation fédérale.) Soyez précis, les termes génériques, comme « directeur », « conseiller », ou « président », ne suffisent pas. | N° fédéral d'entreprise ou de fiducie

État civil | Citoyenneté | N° provincial d'entreprise ou de fiducie (Québec seulement)

Adresse de courriel

Titulaire – Vérification d'identité :
Le conseiller soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du Titulaire, conformément à la législation fédérale, en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre.

Veuillez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.

☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte d'assurance maladie provinciale
(Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard)

☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier) : _____

Lieu de délivrance ou territoire*	N° de la pièce d'identification*	Date d'expiration*	Date de vérification*

Vérification d'identité effectuée :
☐ En personne ☐ À distance - Remplir le formulaire d'identification par processus double (20-0256_200F)

Titulaire – Obligatoire (contrats non enregistrés seulement) – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt
Comme exigé par les lois fédérales, veuillez remplir tous les champs applicables. En remplissant cette section et en signant cette Proposition, le Titulaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Êtes-vous une personne résidente d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada aux fins de l'impôt (y compris une personne résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou une personne de citoyenneté américaine) ?
☐ Oui ☐ Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la section suivante.
Si vous n'avez pas le numéro d'identification fiscale (NIF) d'une juridiction en particulier, veuillez indiquer la raison en choisissant l'une des options suivantes :
Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison B : Ma juridiction de résidence pour l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.
Raison C : Autre raison.

Nom du pays de résidence	NIF	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C (si raison C, veuillez préciser)

Personne physique seulement : Êtes-vous ou avez-vous été un *national politiquement vulnérable* (au cours des 5 dernières années), un *étranger politiquement vulnérable* ou un *dirigeant d'une organisation internationale* (au cours des 5 dernières années) ? Avez-vous des liens étroits avec une personne appartenant à l'une de ces catégories : membre de la famille ou personne étroitement associée ?
☐ Non ☐ Oui - Remplir le formulaire d'autodéclaration d'une personne politiquement vulnérable (PPV) (22042F)

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

2a. Renseignements sur le Cotitulaire (contrats non enregistrés seulement)

Le Titulaire et le Cotitulaire doivent être conjoints mariés, conjoints unis civilement ou conjoints de fait. Si le contrat comporte un Cotitulaire, le Titulaire et le Cotitulaire sont présumés les Rentiers, à moins d'indication contraire à la section 3. Si aucun Rentier n'est désigné à la section 3, la prestation au décès sera versée à la suite du décès du survivant. Si un Rentier est désigné à la section 3, la prestation au décès sera versée à la suite du décès de ce Rentier.

Cotitulaire – Vérification d'identité :
Le conseiller soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du Cotitulaire, conformément à la législation fédérale, en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre.

Veuillez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.

Si le Cotitulaire a habilité un particulier à donner des directives en son nom (p. ex. : au moyen d'une procuration), veuillez remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé » et fournir une copie du document de la procuration.

***Important :** Ces champs doivent être remplis.

Cotitulaire – Obligatoire (contrats non enregistrés seulement) – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt :
Comme exigé par les lois fédérales, veuillez remplir tous les champs applicables. En remplissant cette section et en signant cette Proposition, le Cotitulaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Sexe ☐ H ☐ F | Langue ☐ Français ☐ Anglais | Personne ☐ Physique ☐ Morale ⓘ

Nom de famille du Cotitulaire	Prénom	Initiales	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Nom de l'organisation			Numéro d'assurance sociale
Adresse	Ville		Téléphone au domicile
Province	Pays	Code postal	Téléphone au travail
Profession* (Information exigée par la législation fédérale.) Soyez précis, les termes génériques, comme « directeur », « conseiller », ou « président », ne suffisent pas.			Nº fédéral d'entreprise ou de fiducie
État civil	Citoyenneté		Nº provincial d'entreprise ou de fiducie ⓘ (Québec seulement)
Adresse de courriel			

☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte d'assurance maladie provinciale
(Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard)

☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier) : _____

Lieu de délivrance ou territoire*	Nº de la pièce d'identification*	Date d'expiration*	Date de vérification*

Vérification d'identité effectuée :
☐ En personne ☐ À distance - Remplir le formulaire d'identification par processus double (20-0256_200F)

Êtes-vous une personne résidente d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada aux fins de l'impôt (y compris une personne résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou une personne de citoyenneté américaine) ?
☐ Oui ☐ Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la section suivante.

Si vous n'avez pas le numéro d'identification fiscale (NIF) d'une juridiction en particulier, veuillez indiquer la raison en choisissant l'une des options suivantes :
Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison B : Ma juridiction de résidence pour l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.
Raison C : Autre raison.

Nom du pays de résidence	NIF	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C (si raison C, veuillez préciser)

Personne physique seulement : Êtes-vous ou avez-vous été un *national politiquement vulnérable* (au cours des 5 dernières années), un *étranger politiquement vulnérable* ou un *dirigeant d'une organisation internationale* (au cours des 5 dernières années) ? Avez-vous des liens étroits avec une personne appartenant à l'une de ces catégories : membre de la famille ou personne étroitement associée ?
☐ Non ☐ Oui - Remplir le formulaire d'autodéclaration d'une personne politiquement vulnérable (PPV) (22042F)

Renseignements – Contrats en fiducie
(contrats non enregistrés seulement)

☐ **En fiducie** (Les contrats en fiducie ne sont pas permis pour les clients du Québec à moins qu'une fiducie formelle n'ait été créée.) Les dépôts qui sont ou qui seront effectués en vertu du présent contrat sont la propriété du particulier pour qui le contrat en fiducie est établi, et le Titulaire agit à titre d'agent ou gardien de la propriété de cette personne.

Nom de famille du Titulaire Bénéficiaire	Prénom	Initiales	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
			Numéro d'assurance sociale

2b. Renseignements sur le conjoint (contrats enregistrés seulement)

Le **conjoint cotisant** est le Conjoint qui cotise au contrat de RER du Titulaire (RER de conjoint) ou a cotisé à un autre RER ou à un FRR du Titulaire dont des fonds sont transférés à ce contrat de RER ou de FRR (RER ou FRR de conjoint).

Veuillez remplir ces renseignements si vous avez coché l'une des deux cases ci-dessus.

☐ **Conjoint cotisant à un RER ou à un FRR** ☐ **Montants minimums d'un FRR ou d'un FRV** – Je choisis l'âge de mon Conjoint pour le calcul des montants minimums à verser. L'âge utilisé pour calculer ces montants ne peut pas être modifié une fois que les versements ont commencé.

Nom de famille du Conjoint	Prénom	Initiales	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
			Numéro d'assurance sociale

3. Rentier (Contrats non enregistrés seulement)

Remplissez cette section si le Rentier n'est pas le Titulaire / Cotitulaire, ou si le Titulaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie. Le **Rentier** est la personne au décès de laquelle la prestation au décès est versée.

Sexe ☐ H ☐ F

Nom de famille	Prénom	Initiales	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Adresse			Numéro d'assurance sociale
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

4. Bénéficiaire au décès du Rentier

La ou les personnes que vous désignez ici recevront la prestation au décès du dernier Rentier survivant.

Si vous joignez une liste de Bénéficiaires, elle doit comprendre le nom de famille, le prénom, la quote-part (%) et la relation de chaque Bénéficiaire. De plus elle doit être datée et signée par le Titulaire et le Cotitulaire.

Si vous désignez un Bénéficiaire à titre irrévocable, il devra autoriser par écrit toutes les opérations et tous les changements de régime.

Le Titulaire et le Cotitulaire sont responsables de s'assurer que les désignations de Bénéficiaires sont validement faites.

Révocable : La désignation peut être changée sans le consentement du bénéficiaire.

Irrévocable : La désignation ne peut être changée sans le consentement du bénéficiaire, mais elle peut généralement être changée si celui-ci décède.

Tous les Bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire.

Au Québec : Si vous désignez votre conjoint marié ou votre conjoint uni civilement comme Bénéficiaire, vous devez spécifier qu'il s'agit d'un Bénéficiaire RÉVOCABLE, **faute de quoi il sera Bénéficiaire irrévocable**.

☐ Je désire (Nous désirons) que la prestation au décès du Rentier soit versée à certains ou à l'ensemble de mes (nos) Bénéficiaires sous la forme d'une rente plutôt que d'un paiement forfaitaire. Remplir le formulaire 17-0136_800F « Désignation de bénéficiaires – Option de règlement sous la forme d'une rente (avenant) » et le joindre à la présente proposition.

Bénéficiaire principal : ⓘ

	Nom de famille	Prénom	Quote-part (%)	Lien*
☐ Révocable ☐ Irrévocable				
☐ Révocable ☐ Irrévocable				
☐ Révocable ☐ Irrévocable				

Si mon Bénéficiaire principal décède avant le rentier, je désigne mon Bénéficiaire subsidiaire pour recevoir la prestation au décès du Rentier.

Nom de famille	Prénom	Quote-part (%)	Lien*

*avec le Titulaire / Cotitulaire (résidents du Québec) ou le(s) Rentiers (résidents hors-Québec), par exemple, parent, enfant, conjoint, etc.

5. Source des fonds

☐ Chèque personnel : _____ $

ⓘ ☐ Prélèvement unique de _____ $
(remplir la section DPA)

Numéro de compte	Montant ⓘ
	$

☐ Transfert d'un produit de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
(Veuillez fournir une copie des documents de transfert.)

Nom de l'institution	Montant ⓘ
	$

*Nous sommes admissibles au transfert A$M. Pour ce faire, utilisez le code manufacturier IMP.

ⓘ ☐ Transfert d'une autre institution financière
(Veuillez fournir une copie des documents de transfert.)

Nom de l'institution	Montant ⓘ
	$

6. Garanties et renseignements sur les placements

Veuillez inscrire le numéro du ou des fonds que vous avez choisis.

Le numéro d'un fonds indique le fonds, la série de Parts, l'option de frais et la garantie concernés.

Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le Titulaire / Cotitulaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement sous Liens utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Pour les DPA, le montant minimal initial est de 50$ par mois et de 25$ par fonds.

Pour établir un accord de débits préautorisés (DPA), veuillez remplir la section « Accord de débits préautorisés (DPA) – Autorisation du payeur »

Numéro du fonds ⓘ	Dépôt unique ⓘ (montant ou pourcentage)	Débits préautorisés (DPA) ⓘ (montant ou pourcentage)	Numéro d'ordre électronique ⓘ

Date et fréquence de paiement ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle ☐ Bimensuelle (le 1er et le 15 du mois) ☐ Toutes les deux semaines ☐ Toutes les semaines

Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____

Veuillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».

7. Programme de retraits systématiques (PRS) ⓘ

Le montant brut est le montant net auquel sont additionnés l'impôt et les taxes retenus ainsi que les frais.

En ce qui concerne un FRR ou un FRV, vous devez retirer un montant égal ou supérieur au montant minimum devant être retiré de ce FRR ou de ce FRV. En ce qui concerne un FRV, le montant retiré ne peut être supérieur au montant maximal pouvant être retiré de ce FRV.

Les nouvelles demandes ou les modifications doivent être reçues par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie cinq jours ouvrables avant la date de début des retraits.

Numéro du fonds	PRS (montant ou %)	Numéro du fonds	PRS (montant ou %)
1.		**4.**	
2.		**5.**	
3.		**6.**	

*Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le Titulaire / Cotitulaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement sous Liens utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Date et fréquence de paiement ☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle ☐ Bimensuelle (le 1er et le 15 du mois) ☐ Toutes les deux semaines ☐ Toutes les semaines

Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____

Les versements seront déposés directement dans le compte bancaire que vous aurez spécifié, dans un délai de traitement de trois jours ouvrables suivant la date choisie. **Veuillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».**

Contrats non enregistrés
Je choisis (Nous choisissons) :

☐ _____ $ par intervalle. Indiquez si ce montant est ☐ Brut (par défaut si aucun choix n'est indiqué) OU ☐ Net

FERR/FRV
Je choisis (Nous choisissons) :

☐ Montant minimum permis en vertu d'un FERR ou d'un FRV ☐ Montant maximum permis pour un FRV (la date de versement par défaut est le 15 décembre)

☐ _____ $ par année. Indiquez si ce montant est ☐ Brut (par défaut si aucun choix n'est indiqué) OU ☐ Net

☐ Revenu temporaire FRV. Veuillez fournir les annexes appropriées.

Retenue d'impôt (FERR / FRV)

Si vous souhaitez utiliser un taux de retenue d'impôt différent, veuillez indiquer le taux en pourcentage* Impôt fédéral _____% Impôt provincial _____% (Québec seulement) et à quel montant il doit être appliqué** ☐ Versement total ☐ Montants excédant le Montant minimum

*Si vous demandez un taux de retenue inférieur au taux prescrit, le taux prescrit sera appliqué.

**Si vous n'avez pas indiqué comment appliquer le taux, nous l'appliquerons au versement total.

8. Renseignements et obligations du conseiller

Veuillez écrire le ou les noms en lettres moulées.

Détermination quant aux tiers (contrats non enregistrés seulement) :
Le conseiller soussigné indique, conformément à la législation fédérale, s'il a des motifs raisonnables de croire que le Titulaire / Cotitulaire agit au nom d'un tiers.

Nom du courtier (fournisseur des services) | Nom du conseiller ou du stagiaire (Le terme « stagiaire » ne s'applique qu'au Québec.)

En signant ici, le conseiller confirme qu'il détient le permis approprié, qu'il a divulgué tout conflit d'intérêts actuel, potentiel ou apparent et qu'il a soigneusement examiné la pertinence du produit pour les besoins du Titulaire / Cotitulaire. Le conseiller confirme également qu'il pourrait recevoir une rémunération si la présente proposition est acceptée par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et qu'il est possible qu'il reçoive plus tard une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de commissions de suivi ou de congrès. Le conseiller confirme également qu'il a examiné la ou les pièces d'identité valides.

Le conseiller a-t-il des motifs raisonnables de croire que le Titulaire/Cotitulaire agit selon les instructions d'un tiers ?

☐ Oui ☐ Non Si « Oui », il doit remplir et joindre le formulaire « Détermination quant aux tiers » (21024F), disponible au webi.ca.

Nom du maître de stage (Québec seulement) | X Signature du maître de stage (Québec seulement) | Date (JJ-MM-AAAA)

X Signature du conseiller ou du stagiaire | Date (JJ-MM-AAAA)

9. Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé

Cette section doit être remplie lorsqu'une personne est habilitée à donner des instructions à l'égard d'un contrat détenu par une autre personne physique, une personne morale, une fiducie ou une autre entité auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Veuillez fournir les renseignements sur une page séparée, le cas échéant.

Obligatoire : Joindre le document donnant le pouvoir d'agir (p. ex. : procuration, résolution, etc.)

Signataire autorisé – Vérification d'identité :
Le conseiller certifie qu'il a vérifié l'identité du signataire autorisé en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre.

***Important :** Ces champs doivent être remplis.

Veuillez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.

Signature de la personne agissant au nom du Titulaire ou Cotitulaire.

Veuillez spécifier si vous agissez au nom du Titulaire ou du Cotitulaire (cocher la case appropriée). ☐ Titulaire ☐ Cotitulaire

Type de signataire autorisé ☐ Mandataire ☐ Mandataire en cas d'inaptitude ☐ Tuteur aux biens ☐ Tuteur au mineur ☐ Curateur (Hors-Québec) ☐ Autre _____

Nom de famille du signataire autorisé	Prénom

Adresse	Ville	Province / État	Code postal

Pays	Profession* Soyez précis, les termes génériques comme « directeur », « conseiller » ou « président » ne suffisent pas.

☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte d'assurance maladie provinciale
(Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard)

☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier) : _____

Lieu de délivrance ou territoire*	N° de la pièce d'identification*	Date d'expiration*	Date de vérification*

Vérification d'identité effectuée :

☐ En personne ☐ À distance - Remplir le formulaire d'identification par processus double (20-0256_200F)

Nom du signataire autorisé (en lettres moulées) | X Signature du signataire autorisé | Date (JJ-MM-AAAA)

S'il y a un cosignataire autorisé, veuillez utiliser un formulaire d'adhésion additionnel, remplir toute la section relative au signataire autorisé et le soumettre avec la Proposition de contrat.

10. Entente, déclarations et reconnaissance

La présente proposition est assujettie à l'acceptation de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF). Tout dépôt additionnel sera assujetti à la même acceptation.

Les documents Contrat et notice explicative et Aperçus des fonds contiennent des renseignements importants que vous devriez lire avant de souscrire le contrat. Ils contiennent notamment des dispositions relatives au Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2, des renseignements sur les placements des fonds ainsi que l'objectif, la stratégie et l'aperçu du fonds pour chacun des Fonds de placement garanti de Desjardins Sécurité financière (DSF FPG).

Par la présente, je (nous), le Titulaire et, le cas échéant, le Cotitulaire demande (demandons) l'établissement d'un contrat en vertu du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2 selon les modalités et conditions du contrat courant des Fonds de placement garanti de Desjardins Sécurité financière – Helios2 et j'accepte (nous acceptons) de payer les frais qui y sont stipulés.

Je déclare (Nous déclarons) que toutes mes (nos) réponses et déclarations relatives à la présente proposition sont complètes et véridiques.

Je déclare (Nous déclarons) que les dépôts qui sont ou qui seront effectués en vertu du présent contrat ne sont pas ou ne seront pas effectués pour le compte d'un tiers. Je m'engage (Nous nous engageons) à aviser Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) si des dépôts sont effectués ultérieurement en vertu de ce contrat pour le compte d'un tiers.

Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir lu et compris la page « Renseignements additionnels ».

Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir reçu et lu le document intitulé « Contrat et notice explicative – Fonds de placement garanti Helios2 » et le document intitulé « Aperçus des fonds – Fonds de placement garanti Helios2 ». Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir eu l'option de demander une copie papier de ces documents et avoir reçu telle copie si je me suis prévalu (nous nous sommes prévalus) de cette option. Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir reçu une description appropriée du produit, les aperçus des fonds pertinents et des explications claires relativement à ce qui est garanti ou non en vertu de ce contrat.

Je confirme (Nous confirmons) que les renseignements contenus dans la section « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt » de ce formulaire sont exacts et complets. Je fournirai (Nous fournirons) un nouveau formulaire à DSF dans les 30 prochains jours si ces renseignements ne sont plus exacts et complets.

En signant ce formulaire, j'autorise (nous autorisons) DSF à collecter, à utiliser et à partager mes (nos) renseignements personnels conformément à la règlementation en matière de protection des renseignements personnels et à sa Politique de confidentialité qui m'a (nous a) été présentée avant de signer ce consentement. Je comprends et j'accepte (Nous comprenons et acceptons) que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai (nous aurons) une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

Pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec : Si un Cotitulaire est désigné, le Titulaire et le Cotitulaire reconnaissent que le type de propriété est qualifié de « propriété conjointe avec droits de survie ». Au décès du Titulaire ou du Cotitulaire, à condition qu'il ou elle ne soit pas le Rentier unique, tous ses droits et toutes ses obligations découlant du contrat seront transférés à l'autre.

Le Rentier est tenu de consentir à être la vie-mesure et à signer cette section. Si le Rentier est mineur au moment de la demande, cette section doit être signée par son représentant légal.

Pour la province de Québec seulement : Si un Cotitulaire est désigné, le Titulaire et le Cotitulaire reconnaissent et conviennent qu'ils se désignent mutuellement à titre de titulaire subrogé du contrat. Au décès du Titulaire ou du Cotitulaire, à condition qu'il ou elle ne soit pas le Rentier unique, tous ses droits et toutes ses obligations découlant du contrat seront transférés à l'autre.

Si le Rentier n'est pas le Titulaire / Cotitulaire : En apposant ma signature ci-dessous, à titre de Rentier, je consens à être la vie-mesure pour les besoins du calcul de la prestation au décès et de toutes les autres garanties dans le cadre de ce contrat.

Si cette section est signée par une personne agissant au nom du Titulaire, veuillez également remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé ».

Le Titulaire et le Cotitulaire déclarent être conjoints de fait, conjoints unis civilement ou conjoints mariés au moment de la demande.

Pour les contrats immobilisés, j'atteste (nous attestons) avoir reçu les avenants relatifs au contrat _____
Initiales

Si cette section est signée par une personne agissant au nom du Cotitulaire, veuillez également remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé ».

Signé à : _____ Date : _____

X _____
Signature du Titulaire

X _____
Signature du Cotitulaire (s'il y a lieu)

X _____
Signature du Rentier (s'il n'est pas le Titulaire/Cotitulaire)

X _____
Signature du Conjoint (pour le ou les FRV applicables)

Desjardins Assurances
Vie • Santé • Retraite

1150, rue de Claire-Fontaine
Québec (Québec) G1R 5G4
Téléphone : 1 877 647-5435
Télécopieur : 1 888 926-2987
Courriel : fpgserviceclients@dsf.ca

Accord de débits préautorisés (DPA) – Autorisation du payeur

1. Nom du titulaire du compte

Remplir cette section seulement si le Titulaire du contrat est différent du titulaire du compte bancaire.

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		Lien avec le Titulaire du contrat
Ville	Province	Code postal

2. Autorisation relative aux retraits

IMPORTANT : Veuillez joindre un chèque personnalisé portant la mention « ANNULÉ ».

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever de mon compte le montant indiqué ci-dessous conformément à mes instructions.

_____
Nom de l'institution financière auprès de laquelle le compte est détenu

Numéro de l'institution	Numéro de transit	Numéro du compte (y compris le chiffre de contrôle)

Date de début : _____ (JJ-MM-AAAA)

☐ Un montant fixe de _____$ (minimum de 50 $ par mois) devant être déposé dans mon contrat de fonds de placement garanti, selon la fréquence suivante :

☐ toutes les semaines ☐ toutes les deux semaines ☐ bimensuelle (le 1er et le 15 de chaque mois) ☐ mensuelle
☐ trimestrielle ☐ semestrielle ☐ annuelle

☐ Un montant unique de _____$. Un Accord de DPA qui autorise un DPA ponctuel (qui ne survient qu'une fois à une date fixe) ne sera plus valide une fois ledit paiement effectué. Tout DPA subséquent nécessitera donc un nouvel Accord de DPA du payeur dûment autorisé.

Type d'Accord de DPA ☐ Personnel ☐ Entreprise

Confirmation:

Je comprends que le présent Accord de DPA constitue la confirmation requise par l'article 16 de la Règle H1 de Paiements Canada et j'autorise DSF à réduire la période de confirmation de 10 jours prévue par cette règle. Par conséquent, cet accord m'est remis moins de 10 jours avant la date d'échéance du premier débit préautorisé. Je renonce par ailleurs à tout autre avis confirmant l'autorisation des débits ou des changements aux débits indiqués ci-dessus.

Changement ou annulation :

J'informerai DSF de tout changement au présent accord au moins 10 jours ouvrables avant le prochain retrait.

Je peux révoquer mon autorisation en tout temps au moyen d'un préavis d'au moins dix jours ouvrables. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de Paiements Canada, au paiements.ca. Je dégage mon institution financière de toute responsabilité si mon annulation n'est pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. DSF peut annuler cet Accord de DPA en fournissant un préavis de 30 jours au Titulaire du contrat et au titulaire du compte. Cet Accord peut également être annulé si l'institution financière refuse les débits préautorisés pour toute raison.

J'atteste que toutes les personnes dont la signature est nécessaire au fonctionnement du compte mentionné ci-dessus ont signé la présente autorisation.

3. Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter paiements.ca.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

4. Consentement relatif à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion aux DPA soient communiqués à mon institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement liée et nécessaire à la mise en œuvre appropriée des règles applicables aux DPA.

5. Signature du ou des titulaires du compte

En signant ci-dessous, vous reconnaissez que vous avez lu et que vous autorisez les débits préautorisés (DPA) décrits ci-dessus.

X _____ _____
Signature du titulaire du compte ⓘ Date (JJ-MM-AAAA)

X _____ _____
Signature du second titulaire Date (JJ-MM-AAAA)
(Seulement si deux signatures sont requises)

Desjardins, un nom qui inspire confiance !

Le Mouvement Desjardins est le premier groupe financier coopératif au Canada et l'une des institutions financières les mieux capitalisées au pays.

Le Mouvement Desjardins jouit d'excellentes cotes de crédit comparables à celles de plusieurs grandes banques canadiennes et même internationales. Cela lui vaut notamment d'être reconnu parmi les institutions financières les plus solides dans le monde selon le magazine *The Banker*.

desjardinsassurancevie.com

Les documents Contrat et notice explicative et Aperçus des fonds contiennent des renseignements importants sur les caractéristiques du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2 et les Fonds de placement garanti DSF. De plus, le document Contrat et notice explicative comprend des termes définis. Nous vous conseillons de discuter avec votre conseiller pour toute question et de lire ces documents attentivement avant de souscrire un contrat.

Les Fonds de placement garanti DSF sont établis par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Helios2 et Fonds de placement garanti DSF sont des marques de commerce déposées de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins Assurances et son logo sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec, employées sous licence.

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite