

MAI 2023

Proposition de contrat

Intermédiaire/
prête-nom

FONDS DE PLACEMENT GARANTI – HELIOS2

Renseignements additionnels

Liste des numéros de fonds et exigences de dépôt minimal

Veillez 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 bénéficiaire/cotulaire bénéficiaire 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.

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, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité.

Proposition de contrat Helios2

DIRECTIVES: Utiliser ce formulaire pour établir un nouveau contrat au nom d'un intermédiaire/prête-nom.

--	--	--	--	--	--	--	--

 Courtier

--	--	--	--	--	--

 Succursale

--	--	--	--	--	--	--	--

 Conseiller

1. Intermédiaire / prête-nom

Indiquez votre choix:

- Détenu par un prête-nom: _____ Numéro du compte de prête-nom: _____
 Détenu par un intermédiaire: _____ Numéro du compte d'intermédiaire: _____

2. Type de Contrat

Indiquez le type de régime avec l'intermédiaire ou le prête-nom:

Cette question est obligatoire si le contrat est dans un compte non enregistré de prête-nom ou d'intermédiaire, conformément aux exigences de la législation fédérale.

Si le contrat est dans un compte d'intermédiaire ou de prête-nom, il est automatiquement détenu dans un régime non enregistré chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

- Contrats enregistrés**
 Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) Compte de retraite immobilisé (CRI) Fonds de revenu viager (FRV)
 REER immobilisé Fonds enregistré de revenu de retraite réglementaire (FERRR) Fonds de revenu viager restreint (FRVR)
 Régime d'épargne immobilisé restreint (REIR) Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR) Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
 Contrat non enregistré Quel est l'objectif et la nature projetée du placement?
 Épargne-retraite Planification successorale Autre: _____

3. Renseignements sur le titulaire bénéficiaire

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire doivent aussi être les titulaires du compte d'intermédiaire ou de prête-nom.

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

 Si le titulaire bénéficiaire 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 bénéficiaire 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.

Titulaire bénéficiaire – Vérification d'identité :

Le conseiller soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du titulaire bénéficiaire, 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.

Titulaire bénéficiaire – Obligatoire (Comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom 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 bénéficiaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Personne <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Morale		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Nom de famille du titulaire bénéficiaire		Prénom	Initiales	Numéro d'assurance sociale	
Nom de l'organisation					
Adresse			Ville		
Province		Pays	Code postal	Téléphone au domicile	
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					

- 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)

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 une *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)

3a. Renseignements sur le cotitulaire bénéficiaire (comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom seulement)

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire doivent être conjoints mariés, conjoints unis civilement ou conjoints de fait. Si le contrat comporte un cotitulaire bénéficiaire, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire sont présumés les Rentiers, à moins d'indication contraire à la section 4. Si aucun Rentier n'est désigné à la section 4, la prestation au décès sera versée à la suite du décès du survivant. Si un Rentier est désigné à la section 4, la prestation au décès sera versée à la suite du décès de ce Rentier.

Cotitulaire bénéficiaire – Vérification d'identité :

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

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

Si le cotitulaire bénéficiaire 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 bénéficiaire – Obligatoire (Comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom 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 bénéficiaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Personne <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Morale	
Nom de famille du cotitulaire bénéficiaire		Prénom	Initiales
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
Nom de l'organisation		Numéro d'assurance sociale	
Adresse		Ville	
Téléphone au domicile		Téléphone au travail	
Province	Pays	Code postal	
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			N° provincial d'entreprise ou de fiducie (Québec seulement)
Citoyenneté			
Adresse de courriel			
<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> 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)			
<input type="checkbox"/> 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)

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)

4. Rentier, si différent du titulaire bénéficiaire /cotitulaire bénéficiaire (compte non enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom seulement)

Veillez remplir si le Rentier est différent du titulaire bénéficiaire /cotitulaire bénéficiaire, ou si le titulaire bénéficiaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie. Le Rentier est la personne au décès de laquelle la prestation au décès est payable. Dans le cas d'un compte enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom, le Rentier est toujours le titulaire bénéficiaire.

Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		
Nom de famille	Prénom	Initiales
Date de naissance (JJ-MM-AAAA)		
Adresse		Numéro d'assurance sociale
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone		
Relation avec le titulaire bénéficiaire /cotitulaire bénéficiaire		

5. Bénéficiaire au décès du Rentier

Veillez remplir uniquement si le contrat est détenu dans un compte non enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom.

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 bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire.

Dans le cas d'un contrat détenu dans un compte enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom, le Bénéficiaire est automatiquement le fiduciaire dudit compte au profit du titulaire du compte d'intermédiaire ou de prête-nom qui devrait également être le titulaire bénéficiaire. Dans le cas d'un contrat détenu dans un compte d'intermédiaire ou de prête-nom (enregistré ou non), la prestation au décès du Rentier sera versée au prête-nom ou à l'intermédiaire en fiducie pour le Bénéficiaire ou la succession.

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.

Si vous désignez un Bénéficiaire à titre irrévocable, il devra autoriser par écrit toutes les opérations et tous les changements de régime. Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire sont responsables de s'assurer que les désignations de Bénéficiaire sont valablement 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.

Bénéficiaire principal:

Révocable
 Irrévocable

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

Révocable
 Irrévocable

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

Révocable
 Irrévocable

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

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 bénéficiaire /cotitulaire bénéficiaire (résidents du Québec) ou le(s) Rentiers (résidents hors-Québec), par exemple, parent, enfant, conjoint, etc.

6. Source des fonds

Chèque personnel: _____ \$

Prélèvement unique de _____ \$

(remplir la section DPA)

Numéro de compte	Montant
_____	_____ \$
Nom de l'institution	Montant
_____	_____ \$
Nom de l'institution	Montant
_____	_____ \$

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

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

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

7. 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 concernées. Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire 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 1^{er} et le 15 de chaque mois)
 Toutes les deux semaines Toutes les semaines

Date de début (JJ-MM-AAAA): _____

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

8. Programme de retraits systématiques (PRS)

Tous les retraits seront versés à l'Intermédiaire/au prête-nom. Le montant brut est le montant net auquel sont additionnés l'impôt et les taxes retenus ainsi que les frais. Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire 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.

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

Date et fréquence de paiement: Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle Bimensuelle (le 1^{er} et le 15 de chaque mois)
 Toutes les deux semaines Toutes les semaines

Date de début (JJ-MM-AAAA): _____

Les versements seront déposés dans un délai de traitement de trois jours ouvrables suivant la date choisie.

Je choisis (Nous choisissons): _____ \$ par intervalle.

Indiquez si ce montant est Brut (par défaut si aucun choix n'est indiqué) OU Net

9. 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 bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire 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 bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire. 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. Enfin, le conseiller confirme qu'il a examiné la ou les pièces d'identité valides.

Le conseiller a-t-il des motifs raisonnables de croire que le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire 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)

10. 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 fiduciaire 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.)

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

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.

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

Signature de la personne agissant au nom du titulaire bénéficiaire ou cotitulaire bénéficiaire.

Veillez spécifier si vous agissez au nom du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire (cocher la case appropriée)

Titulaire bénéficiaire Cotitulaire bénéficiaire

Type de signataire autorisé Mandataire Mandataire en cas d'incapacité 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.

11. 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 de 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 bénéficiaire et, le cas échéant, le cotitulaire bénéficiaire 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 prévalu) 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 comprends (Nous comprenons) que si je choisis (nous choisissons) l'option de frais F pour mes (nos) dépôts, je devrai (nous devrons) payer à mon (notre) conseiller et au distributeur avec lequel il fait affaire les honoraires de services-conseils que j'aurai (nous aurons) déterminés avec mon (notre) conseiller. Je comprends (Nous comprenons) que si mon (notre) entente avec mon (notre) conseiller ou mon (notre) distributeur prévoit que des Parts seront retirées pour le paiement de ces honoraires et des taxes applicables, ces retraits diminueront le montant de mes (nos) prestations minimales garanties comme un retrait ordinaire.

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.

Je comprends (Nous comprenons) que la protection potentielle à l'égard des créanciers peut être rendue caduque si le contrat est détenu au nom d'un prête-nom ou d'un intermédiaire, du fiduciaire du compte de prête-nom ou de l'intermédiaire autorisé ou d'une personne qui n'est pas le titulaire bénéficiaire.

J'autorise (Nous autorisons) la société à envoyer le contrat et tout autre document ou toute correspondance au prête-nom ou à l'intermédiaire et à accepter les instructions données par le prête-nom ou l'intermédiaire visant à effectuer les opérations financières et non financières se rapportant au contrat y compris, entre autres, pour souscrire un contrat de rente, et approuver les dépôts, les retraits, les échanges de Parts et les transferts d'instruments de placement, mais non les désignations de Bénéficiaire, conformément à mes instructions et aux dispositions du contrat. J'autorise (Nous autorisons) en outre la société à accepter les dépôts à des fins de placement dans le cadre de ce contrat et à payer les montants de retrait partiel et total demandés par le prête-nom ou l'intermédiaire directement au prête-nom ou à l'intermédiaire, et je comprends (nous comprenons) que la société ne sera pas tenue responsable des instructions fournies par le prête-nom ou l'intermédiaire ni des actions qu'elle prendra en conséquence.

Le prête-nom ou l'intermédiaire déclare qu'il s'est assuré et qu'il s'assurera que toute instruction visant les opérations financières et non financières qu'il a demandée ou demandera d'effectuer est et sera appuyée par une autorisation appropriée, signée par le propriétaire et, selon le cas, le copropriétaire et le Bénéficiaire irrévocable indiqué à la section 5 ci-dessus.

Pour toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec : Si un cotitulaire bénéficiaire est désigné, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire reconnaissent que le type de propriété est qualifié de « propriété conjointe avec droits de survie ». Au décès du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire, 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.

Pour la province de Québec seulement : Si un cotitulaire bénéficiaire est désigné, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire reconnaissent et conviennent qu'ils se désignent mutuellement à titre de titulaire subrogé du contrat. Au décès du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire, 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 bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire : 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 du Rentier et de toutes les autres garanties dans le cadre de ce contrat.

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire déclarent être soit conjoints de fait, conjoints mariés ou conjoints unis civilement au moment de la demande.

Signé à : _____

Date : _____

Signature du titulaire bénéficiaire

Signature du cotitulaire bénéficiaire (le cas échéant)

Signature du Rentier (s'il n'est pas le Titulaire bénéficiaire)

Signature de l'intermédiaire/du prête-nom

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

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

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

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 :

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> toutes les semaines | <input type="checkbox"/> toutes les deux semaines | <input type="checkbox"/> bimensuelle (le 1 ^{er} et le 15 de chaque mois) | <input type="checkbox"/> mensuelle |
| <input type="checkbox"/> trimestrielle | <input type="checkbox"/> semestrielle | <input type="checkbox"/> 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.