

NOVEMBRE 2020

# Proposition de Contrat

## Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)

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 (13244F) au [webi.ca](http://webi.ca). Le Titulaire du CELI 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](http://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 représentant.

## Proposition de contrat Helios2

### Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)

Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

Courtier									

Succursale									

Représentant									

#### 1. Renseignements sur le Titulaire du CELI

Le **Titulaire du CELI** est la personne qui est Titulaire du contrat et dont la vie est assurée.

Le **Titulaire du CELI** doit être âgé d'au moins 18 ans.

**Si vous êtes un non-résident, vous pouvez transférer des fonds d'un CELI existant. Toutefois, vous ne pourrez verser aucune cotisation additionnelle et vous n'accumulerez aucun droit de cotisation relativement à toute année où vous demeurez un non-résident. Assurez-vous d'aviser Desjardins Sécurité financière de tout changement à votre statut de résident.**

Sexe :  H  F Langue :  Français  Anglais

Nom de famille du Titulaire du CELI Prénom Initiales

Adresse

Ville Province Pays Code postal

Profession (Conformément aux exigences de la législation fédérale, veuillez préciser suffisamment. Les termes génériques comme « directeur », « conseiller », ou « président » ne suffisent pas.)

Téléphone au domicile

J J M M A A A A  
Date de naissance

Numéro d'assurance sociale

Adresse de courriel

Téléphone au travail

Êtes-vous un résident du Canada?  Oui  Non

État civil

Citoyenneté

#### Titulaire du CELI - Vérification d'identité :

Le représentant soussigné certifie avoir vérifié l'identité du Titulaire du CELI, conformément aux exigences de la législation fédérale, à l'aide de l'une ou l'autre des pièces d'identité suivantes. **Veuillez d'inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.**

Permis de conduire  Passeport  Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier) \_\_\_\_\_  
 Carte d'assurance maladie provinciale (Interdite en Ontario, au Manitoba, en Nouvelle-Ecosse et à l'Île-du-Prince-Édouard)  Carte de citoyenneté \_\_\_\_\_

Important

Important

Important

Important

Lieu de délivrance ou territoire

N° de la pièce d'identification

Date d'expiration

Date de vérification

#### 2. Bénéficiaire au décès du Titulaire du CELI

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.

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

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.** Veuillez cocher la case suivante s'il s'agit d'un Bénéficiaire **RÉVOCABLE** .

Je désire que le Capital-décès soit versé à certains ou à l'ensemble de mes 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

Nom de famille Prénom Quote-part (%) Lien

Nom de famille Prénom Quote-part (%) Lien

Si mon Bénéficiaire principal décède avant moi, je désigne mon Bénéficiaire subsidiaire pour recevoir le Capital-décès.

Nom de famille Prénom Quote-part (%) Lien

### 3. Source des fonds

- Chèque personnel \_\_\_\_\_ \$
- Transfert d'un produit de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. (veuillez fournir une copie des documents de transfert) Numéro de compte : # \_\_\_\_\_ \$
- Transfert d'une autre institution financière (veuillez fournir une copie des documents de transfert) \_\_\_\_\_ \$
- Nom de l'institution \_\_\_\_\_ \$
- Nom de l'institution \_\_\_\_\_ \$
- Nom de l'institution \_\_\_\_\_ \$

### 4. 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 relative aux frais et la garantie concernés.

Consultez la grille des fonds (13244F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le Titulaire du CELI 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](http://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 représentant.

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

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

### 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<sup>er</sup> ou le 15 du mois)  
 Toutes les deux semaines  Toutes les semaines

Date de début (choisir une date entre le 1<sup>er</sup> et le 28) : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

### 5. Programme de retraits systématiques (PRS)

Le montant brut correspond au montant net additionné de tous honoraires applicables.

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.

Consultez la grille des fonds (13244F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le Titulaire du CELI 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](http://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 représentant.

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<sup>er</sup> ou le 15 du mois)  
 Toutes les deux semaines  Toutes les semaines

Date de début (choisir une date entre le 1<sup>er</sup> et le 28) : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Je choisis :  \_\_\_\_\_ \$ par intervalle. Indiquez si ce montant est  Brut OU  Net. (Par défaut si aucun choix n'est indiqué)  
 Exonération du montant des frais de rachat

Les versements seront déposés directement dans le compte bancaire que vous aurez spécifié. **Veuillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».**

## 6. Renseignements sur le représentant

Veillez écrire le ou les noms en lettres moulées.

Nom du courtier (fournisseur des services)

Nom du représentant ou du stagiaire  
(Le terme « stagiaire » ne s'applique qu'au Québec.)

En signant ici, le représentant confirme qu'il détient le permis approprié, qu'il a divulgué tout conflit d'intérêts et qu'il a soigneusement examiné la pertinence du produit pour les besoins du Titulaire. Le représentant 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 représentant confirme également qu'il a examiné la ou les pièces d'identité originales et valides.

Nom du maître de stage  
(Québec seulement)

Signature du maître de stage  
(Québec seulement)

Signature du représentant ou du stagiaire

Date

## 7. 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 auprès de Desjardins Sécurité financière, Compagnie d'assurance vie.

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

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.

### Signataire autorisé - Vérification d'identité :

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

Permis de conduire

Passeport

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

Carte d'assurance maladie provinciale  
(Interdite en Ontario, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard)

Carte de citoyenneté

Important

Important

Important

Important

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

Lieu de délivrance ou territoire

N° de la pièce d'identification

Date d'expiration

Date de vérification

**Signature de la personne agissant au nom du Titulaire**

Nom du signataire autorisé (en lettres moulées)

Signature du signataire autorisé

Date

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.

## 8. Reconnaissance

Les documents Contrat et notice explicative et Aperçus des fonds contiennent des renseignements importants que vous devriez lire avant de souscrire le présent 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 ».

Je reconnais avoir reçu et lu le document intitulé Contrat et notice explicative du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2 et le document intitulé Aperçus des fonds du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2, qui contiennent des dispositions relatives au contrat du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2, des renseignements sur les placements, les faits saillants financiers ainsi que les aperçus des fonds pour chacun des Fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière (DSF FPG). Je reconnais 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. En signant ci-dessous, vous reconnaissez que vous avez lu et compris l'entente et les directives figurant au verso du présent document.

Fait à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du Titulaire du CELI

**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 \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**2. Autorisation relative aux retraits**

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) à effectuer des débits préautorisés (DPA) sur mon compte auprès de l'institution financière mentionnée ci-dessous, selon la fréquence suivante :

- toutes les semaines  toutes les deux semaines  bimensuelle (le 1<sup>er</sup> et le 15 de chaque mois)  mensuelle  
 trimestrielle  semestrielle  annuelle

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

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 (Veuillez choisir une date entre le 1<sup>er</sup> et le 28) : 

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Chaque retrait correspondra à un montant fixe de \_\_\_\_\_ \$ (minimum de 50 \$ par mois) devant être déposé dans mon contrat de fonds de placement garanti.

Type d'accord de DPA  Personnel/Individuel  Entreprise**Renonciation :****Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit 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 avis 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](http://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 avis de 30 jours au Titulaire du Contrat. 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**Je dispose de certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [paiements.ca](http://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.

Signature du Titulaire du compte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du second Titulaire (Seulement si deux signatures sont requises) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## **ENTENTE, DIRECTIVES ET MENTIONS LÉGALES**

Par la présente, je demande (nous 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.

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.

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 DSF si des dépôts sont effectués ultérieurement en vertu de ce contrat pour le compte d'un tiers.

### **Programme de retraits systématiques**

Si vos rachats excèdent votre plus-value en capital net, ils peuvent épuiser la valeur de votre contrat.

### **Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)**

Le titulaire demande à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) de produire un choix auprès du ministre du Revenu national afin de faire enregistrer le Contrat comme étant un CELI en vertu de l'article 146.2 de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

### **Gestion des renseignements personnels**

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Elle conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier de ses différents services financiers (assurance, rentes, crédit, etc.). Ces renseignements ne sont consultés que par les employés qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Pour ce faire, vous devez transmettre une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels :

Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie  
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 ou renseignements.personnels@dsf.ca.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour informer ces derniers de ses promotions ou leur offrir de nouveaux produits. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Pour ce faire, vous devez transmettre une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF.

DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certaines activités spécifiques dans le cours normal de ses affaires. Il est donc possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés à un autre pays et qu'ils soient assujettis aux lois de ce pays. Vous pouvez obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant son site à l'adresse suivante : [desjardinsassurancevie.com](http://desjardinsassurancevie.com) ou en écrivant au Responsable de la protection des renseignements personnels. Ce dernier pourra également répondre à vos questions concernant le transfert des renseignements personnels à des fournisseurs de service à l'extérieur du Canada.

# 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.

Il 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.

**[desjardinsassurancevie.com](http://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 glossaire du document Contrat et notice explicative comprend des termes définis. Nous vous conseillons 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 est une marque de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec, utilisée sous licence.



Ce document est imprimé sur du papier Rolland Enviro.

100 %