

JANVIER 2025

Directives du client

Modifications au contrat Instructions financières

FONDS DE PLACEMENT GARANTI

Contrats

Helios2

Helios

Millénia III – Nouvelle Ère

Millénia III – Classique

Millénia III – Première Édition

Régime d'accroissement de l'Impériale

 **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.

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 client 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 contrat

Directives du client

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

 Courtier

--	--	--	--

 Succursale

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

 Conseiller

1. Renseignements sur le client

Nom de famille du Titulaire	Prénom	Initiales	Numéro du client
Nom de l'organisation			
Nom de famille du Cotitulaire	Prénom	Initiales	Numéro du client/Cotitulaire
Adresse de courriel			

2. Changement de Garantie

Des honoraires additionnels liés aux garanties peuvent s'appliquer. Veuillez vous référer à la section « Reconnaissance, directives et attestations ».

Un tel changement est permis une fois par année civile.

Helios

- Veuillez remplacer la Garantie principale de mon (de notre) contrat Helios par la Garantie principale suivante:
- Garantie 75/75 Garantie 75/100 i

Helios2

- Veuillez remplacer la Garantie de mon (de notre) contrat Helios2 par la Garantie suivante:
- 75/75 75/100 i 100/100 i

3. Contrat Helios – Changement de garantie optionnelle

- Veuillez ajouter la Date d'exercice de la GRM à ma (à notre) garantie de retrait minimum (GRM).
- Veuillez annuler la Garantie de retrait minimum (GRM) de mon (de notre) contrat Helios*.
- Veuillez annuler la Garantie de retrait à vie (GRV ou GRV – version 2) de mon (de notre) contrat Helios*.

*Votre garantie est fermée aux dépôts additionnels, à moins que ces dépôts ne soient versés conformément à un accord de débits préautorisés (DPA) qui était en place au moment de la fermeture. Si un tel accord de DPA est en vigueur pour ce contrat, les modifications pour augmenter le montant ou la fréquence ne sont pas permises. Cependant, les modifications pour les réduire ou pour annuler l'accord de DPA sont toujours permises, mais irréversibles.

4. Rajustement du montant minimal de prestation à l'échéance (montant de la prestation minimale garantie à l'échéance)

(Seulement disponible avec Helios2 - 100/100 i ou le Régime Millénia III Classique)

- Je désire (Nous désirons) rajuster le Montant minimal de prestation à l'échéance (montant de la prestation minimale garantie à l'échéance) pour ce contrat (maximum de 2 fois par année civile).

Le rajustement:

- Reporte automatiquement la date d'échéance du contrat à 15 ans après la date du rajustement (pour Helios2 – 100/100 i);
- Reporte la date d'échéance du dépôt à 10 ans après le rajustement (pour le Régime Millénia III Classique).

5. Helios2 75/100 GRV – Ajout ou changement Âge du retrait à vie

Je prévois (Nous prévoyons) effectuer le premier retrait admissible à la GRV en vertu d'Helios2 – 75/100 GRV lorsque le Rentier aura _____ ans. Cet âge est fourni à titre indicatif seulement afin d'obtenir une prévision du Montant maximal de la GRV. Vous devrez tout de même fournir des instructions si vous souhaitez effectuer un retrait.

6. Source des fonds (dépôts)

- Chèque personnel _____ \$
- Prélèvement unique de _____ \$
(remplir la section DPA)
- Transfert électronique de fonds (TEF) par le réseau Fundserv _____ \$ (remplir la section DPA)
- 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)

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.

Fréquence des paiements 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 directement dans le compte bancaire que vous aurez spécifié, dans un délai de traitement de trois jours ouvrables suivant la date choisie. **Veillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».**

Contrats non enregistrés et CELI.

Je choisis (Nous choisissons) : _____ \$ par intervalle.
Indiquez si ce montant est Brut (par défaut si aucun choix n'est indiqué) OU Net
 Montant maximal de la GRV
 _____ % de la Valeur protégée de la GRM (maximum de 7 % par année)

FERR/FRV

Je choisis (Nous choisissons) : Montant minimum permis en vertu d'un FERR ou d'un FRV
 Montant maximum permis pour un FRV (non applicable à partir de votre 55^e anniversaire pour les FRV de juridiction du Québec)* (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
 Montant maximal de la GRV
 _____ % de la Valeur protégée de la GRM (maximum de 7 % par année)
 Revenu temporaire FRV (non applicable à partir de votre 55^e anniversaire pour les FRV de juridiction du Québec). Veuillez fournir les annexes appropriées.
 Montant estimé du revenu viager (applicable à partir de votre 55^e anniversaire pour les FRV de juridiction du Québec)
 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
----------------------------	--------	-----------	--------------------------------	----------------------------

* Il n'y a plus de maximum pour les FRV de juridiction du Québec lorsque vous atteignez l'âge de 55 ans. À partir de ce moment, si vous détenez un FRV de juridiction du Québec, vos versements périodiques seront ajustés automatiquement pour correspondre au montant estimé du revenu viager. Si vous voulez ajuster le montant de vos versements, veuillez communiquer avec nous.

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.

10. Rachat/Retrait

Numéro du contrat	Numéro du fonds*	Total	Partiel				Exonération annuelle des frais***	Parts échues	Bénéficiaire du chèque		Envoyer le chèque à la succursale	Numéro d'ordre électronique
			Montant	Net	Brut**	%			Client	Autre		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le client 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.

** Si vous n'indiquez aucun choix, nous tiendrons pour acquis qu'il est brut.

*** Si vous appliquez l'exonération annuelle des frais à plus d'un fonds, veuillez indiquer le montant précis pour chaque fonds.

Dépôt direct (**Veillez joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ »**)

Titulaire du compte (le cas échéant)				Numéro de référence ou de compte (le cas échéant)			
Adresse postale (si différente de l'adresse du client)		Ville	Province	Code postal			

11. Changements aux renseignements sur le client

<input type="checkbox"/> Changement du nom Veillez joindre la documentation pertinente (p. ex. : certificat de mariage ou preuve de divorce)	Nom de famille	Prénom	Initiales				
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse	Adresse			Téléphone au domicile			
<input type="checkbox"/> Changement de l'adresse courriel	Ville	Province	Code postal	Téléphone au travail			
	Adresse de courriel						

Titulaire – Contrats non enregistrés seulement

Vous devez remplir cette section si la situation fiscale a changé et que vous devez modifier l'information dans votre Déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Vous devez remplir cette section si la situation fiscale a changé et que vous devez modifier l'information dans votre Déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Veuillez remplir tous les champs applicables.

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)

Cotitulaire – Contrats non enregistrés seulement

Vous devez remplir cette section si la situation fiscale a changé et que vous devez modifier l'information dans votre Déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Vous devez remplir cette section si la situation fiscale a changé et que vous devez modifier l'information dans votre Déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Veuillez remplir tous les champs applicables.

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)

12. Bénéficiaire au décès du Rentier

La ou les personnes que vous désignez ici recevront le Capital-décès/la prestation de décès 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.

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

Je désigne (Nous désignons) par la présente la ou les personnes mentionnée(s) ci-dessous à titre de Bénéficiaire(s) du contrat numéro _____ pour recevoir tout montant qui pourrait être payable au décès du Rentier (vie assurée). Je me réserve (Nous nous réservons) le droit de changer ce ou ces Bénéficiaires en tout temps.

Je désigne (Nous désignons) par la présente la ou les personnes mentionnée(s) ci-dessous à titre de Bénéficiaire(s) de tous les contrats établis à l'égard du numéro de client _____ pour recevoir tout montant qui pourrait être payable au décès du Rentier (vie assurée). Je me réserve (Nous nous réservons) le droit de changer ce ou ces Bénéficiaires en tout temps.

Tous les Bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Si vous désignez un Bénéficiaire à titre irrévocable, il devra autoriser par écrit toutes les opérations et tous les changements de régime.

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 (Nous désirons) que le Capital-décès/la prestation de décès soit versé(e) 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 directive.

Bénéficiaire principal :

<input type="checkbox"/> Révocable	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom de famille	Prénom	Quote-part (%)	Lien*
<input type="checkbox"/> Révocable	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom de famille	Prénom	Quote-part (%)	Lien*
<input type="checkbox"/> Révocable	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom de famille	Prénom	Quote-part (%)	Lien*

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

13. 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 de 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 de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie relativement aux dépôts dans le présent contrat et qu'il est possible qu'il reçoive plus tard une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de commissions de suivi ou de congrès.

Contrats non enregistrés 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)

14. 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.)

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

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

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

Titulaire Cotitulaire

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)

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.

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

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

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 les Directives du client.

15. Reconnaissance, directives et attestations

Je reconnais (Nous reconnaissons) que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et je demande (nous demandons) que le ou les changements indiqués ci-dessus soient apportés.

J'ai (Nous avons) lu la section sur les changements de garantie du document « Contrat et notice explicative » et j'ai (nous avons) discuté des répercussions de cette transaction avec mon (notre) conseiller. Je comprends (Nous comprenons) les conséquences possibles et je suis conscient (nous sommes conscients) des changements d'honoraires liés aux garanties qui peuvent découler de cette modification.

Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir reçu le plus récent document « Aperçus des fonds », qui décrit le ou les nouveaux fonds achetés, et j'accepte (nous acceptons) de payer les frais qui y sont indiqués.

Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir reçu des explications appropriées au sujet de toute incidence fiscale pouvant découler d'un échange de Parts, d'un transfert ou d'un rachat/retrait.

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 Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) dans les 30 prochains jours si ces renseignements ne sont plus exacts et complets.

Je demande (Nous demandons) par la présente de verser les dépôts dans le ou les fonds indiqués selon les modalités et conditions des contrats établis en vertu du régime d'accroissement de l'Impériale, Millénia III, Helios ou Helios2 et j'accepte (nous acceptons) de payer les frais qui y sont stipulés.

Je demande (Nous demandons) irrévocablement que le chèque représentant le produit du rachat/retrait soit libellé conformément aux instructions dans la section « Rachat/Retrait » de ce formulaire.

Signé à :

Date :

X

Signature du titulaire

X

Signature du cotitulaire

X

Signature du Bénéficiaire irrévocable
(requis si un Bénéficiaire irrévocable a été désigné)

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 ».** Débuter Modifier Annuler

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou tout 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 1^{er} 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. RemboursementJ'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** _____ Date (JJ-MM-AAAA)
Signature du titulaire du compte**X** _____ Date (JJ-MM-AAAA)
Signature du second titulaire
(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

Votre Contrat et notice explicative et, le cas échéant, votre document Aperçu des fonds contiennent des renseignements importants sur les caractéristiques des régimes de fonds de placement garanti de Desjardins Sécurité financière et les Fonds de placement garanti DSF. De plus, votre Contrat et notice explicative peut comprendre des termes définis. Nous vous conseillons de discuter avec votre conseiller pour toute question et de lire ces documents attentivement.

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

Helios2, Helios, Millénia III 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.