

NOVEMBRE 2020

# 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

---

## 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](http://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](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.

## Directives du client

### 1. Renseignements sur le client

Numéro du Contrat \_\_\_\_\_

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.

### 4. Rajustement du Montant minimal de prestation à l'échéance

(Seulement disponible avec Helios2 - 100/100 i)

 Je désire (Nous désirons) rajuster le Montant minimal de prestation 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;
- n'a aucun effet sur le Capital-décès;
- ne peut pas être annulé ou modifié.

### 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 \_\_\_\_\_ \$

 Transfert d'un produit de Desjardins  
 Sécurité financière, compagnie assurance vie    Numéro de compte \_\_\_\_\_ \$  
 (veuillez fournir une copie des documents de transfert)

 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

### 7. Renseignements sur les placements – Dépôts et DPA

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

Identification		Dépôt Unique			Débits préautorisés (DPA)			
					« Accord de débits préautorisés - Autorisation du payeur »			
Numéro du Contrat	Numéro de fonds *	Frais d'acquisition (%)	Montant du Dépôt** (\$)	Numéro d'ordre électronique	Veuillez remplir la section			
					Montant DPA (\$)	Frais d'acquisition (%)	Fréquence***	Date de début (entre le 1 <sup>er</sup> et le 28)
								JJ/MM/AAAA
								JJ/MM/AAAA
								JJ/MM/AAAA
								JJ/MM/AAAA
								JJ/MM/AAAA

\* Le numéro d'un Fonds indique le Fonds, la Série de parts, l'Option relative aux frais et la Garantie.

\*\* 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](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.

\*\*\* DPA - fréquence : A - annuelle SA - semestrielle T - trimestrielle M - mensuelle BM - bimensuelle (le 1<sup>er</sup> et le 15 de chaque mois) DS - toutes les deux semaines S - toutes les semaines  
 Si aucun intervalle n'est choisi, l'intervalle « mensuel » sera appliqué par défaut.

## 8. Échange de parts/Transfert

Dans le cas des contrats Helios2, le transfert doit se faire dans la même Option relative aux frais, Série de parts ou Garantie.

**Dans les cas de transfert d'un REER ou d'un CRI à un FERR ou un FRV, veuillez indiquer les directives de versement à la section 9.**

DU :		Total	Partiel				Parts échues	AU :		Numéro d'ordre électronique
Numéro du Contrat	Numéro du fonds*		Montant net \$	%	Exonération annuelle des frais**	Numéro du contrat (en vigueur)***		Numéro du fonds*		
				%	<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](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.

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

\*\*\* S'il s'agit d'un transfert à un nouveau Contrat, veuillez annexer la proposition de Contrat applicable dûment remplie.

## 9. Programme de retraits systématiques (PRS) et répartition entre les Fonds des Garanties optionnelles du contrat Helios (GRM, GRV ou GRV – Version 2) ou du Montant maximal de la GRV du contrat Helios2 – 75/100 GRV

Débuter  Modifier  Annuler

Numéro du Contrat	Numéro du fonds*	PRS (montant ou %)	Numéro du Contrat	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 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](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.

Fréquence des paiements :  Annuelle  Semestrielle  Trimestrielle  Mensuelle  Bimensuelle (le 1<sup>er</sup> et le 15 de chaque 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
---	---	---	---	---	---	---	---

### Contrats non enregistrés et CELI

Je choisis (Nous choisissons) :  \_\_\_\_\_ \$ 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  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 (la date de versement par défaut est le 15 décembre)  
 \_\_\_\_\_ \$ par année. Indiquez si ce montant est  Brut OU  Net (par défaut si aucun choix n'est indiqué)  
 Exonération du montant des frais de rachat  Montant maximal de la GRV  \_\_\_% de la Valeur protégée de la GRM (maximum de 7 % par année)  
 Revenu temporaire FRV. Veuillez fournir les annexes appropriées.

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

### 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

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"/>	<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](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.

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

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

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

Adresse postale (si différente de l'adresse du client)

Titulaire du compte (le cas échéant)

Ville

Province

Code postal

Numéro de référence ou de compte (le cas échéant)

## 11. Changements aux renseignements sur le client

Changement du nom : Veuillez joindre la documentation pertinente (certificat de mariage ou preuve de divorce)

Changement d'adresse

Nom de famille	Prénom	Initiales	
Adresse			Téléphone au domicile
Ville	Province	Code postal	Téléphone au travail

Changement de l'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. 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)

**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. 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)

## 12. Bénéficiaire au décès du Rentier

La ou les personnes que vous désignez ici recevront le Capital-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.

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 soit versé 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 :

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

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

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

\*avec le Titulaire/Cotitulaire (résidents du Québec) ou le(s) Rentiers (résidents hors-Québec)

### 13. Renseignements sur le représentant

Veillez écrire le ou les noms en lettres moulées.

#### Détermination quant aux tiers –

#### Contrats non enregistrés seulement –

Le conseiller ou représentant 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 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/Cotitulaire. Le représentant 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 représentant 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 », disponible au [webi.ca](http://webi.ca).

Nom du maître de stage  
(Québec seulement)

Signature du maître de stage  
(Québec seulement)

Signature du représentant ou du stagiaire

Date

### 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.)**

#### 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.

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

Veillez 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  
Important

Code postal

Pays

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

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

Permis de conduire

Passeport

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

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 ou Cotitulaire.**

Nom du signataire autorisé (en lettres moulées)

Signature du signataire autorisé

Date

S'il y a un cosignataire autorisé, veuillez utiliser un formulaire additionnel, remplir toute la section relative au signataire autorisé et le soumettre avec la 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 « Changement de garantie » du document « Contrat et notice explicative » et j'ai (nous avons) discuté des répercussions de cette transaction avec mon (notre) représentant. 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.

J'ai (Nous avons) lu et j'accepte (nous acceptons) les modalités et conditions de la section intitulée « Directives et attestations » figurant au verso de la présente.

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.

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.

Fait à

Date

Signature du Titulaire

Signature du Cotitulaire

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		
Ville	Province	Code postal

### 2. Autorisation relative aux retraits

- Débuter  
 Modifier  
 Annuler

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. 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.

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

## **DIRECTIVES ET ATTESTATIONS**

### **Dépôts versés dans des contrats en vigueur**

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.

### **Rachats**

Je demande (Nous demandons) irrévocablement que le chèque représentant le produit du rachat soit libellé conformément aux instructions qui figurent au recto.

### **Programme de Retraits Systématiques**

Si les rachats excèdent le revenu et la plus-value en capital nette, ils peuvent épuiser la valeur de votre Contrat.



# 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)**



Votre Contrat et notice explicative et, le cas échéant, votre document Aperçus 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 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 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 %