


Numéro de contrat : **Quand utiliser ce formulaire?**

Utilisez ce formulaire pour modifier ou retirer une protection qui a été préalablement demandée ou pour ajouter une protection complémentaire.

Directives à l'intention du représentant

Vous ne pouvez pas utiliser ce formulaire pour ajouter une personne assurée.

1. Vous devez fournir une illustration pour le contrat que vous souhaitez modifier.
2. Vous devez indiquer toutes les modifications que vous souhaitez apporter au contrat à la **section C**.
3. Vous ne pouvez pas utiliser ce formulaire pour ajouter une protection, sauf s'il s'agit d'une **protection complémentaire**.

 Pour ajouter toute autre protection, vous devez remplir une nouvelle proposition d'assurance (07002F), sauf la section « Déclaration d'assurabilité ».**A – Identification du preneur****Preneur 1 – personne physique**

Prénom	Nom
--------	-----

Preneur 2 – personne physique (s'il y a lieu)

Prénom	Nom
--------	-----

Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité


Nom

Personne autorisée à signer pour le preneur – personne morale, fiducie ou autre entité


Prénom	Nom
--------	-----

B – Identification du représentant

Prénom	Nom	Code du représentant	Code du centre financier
--------	-----	----------------------	--------------------------

C – Modifications demandées Veuillez indiquer **toutes les modifications que vous souhaitez apporter au contrat** et identifier la personne assurée concernée pour chaque modification.
Exemple : Augmenter le montant d'assurance de la protection Vie temporaire 10 ans de 150 000 \$ à 500 000 \$ pour (Nom de la personne assurée).**D – Désignation de bénéficiaire(s) – À remplir lors de l'ajout de protections complémentaires**Veuillez cocher **la case appropriée** au sujet des bénéficiaires applicables à toute protection complémentaire demandée. Notez que cette section n'a pas pour effet de modifier ce qui a été indiqué par le preneur dans la demande initiale.

- Le preneur souhaite désigner les mêmes bénéficiaires que ceux qui sont désignés dans la demande initiale, pour le même type de protection.
Exemple : Les bénéficiaires désignés dans la demande initiale pour recevoir un versement au décès de la personne assurée seront les mêmes pour une protection complémentaire prévoyant un versement au décès de la personne assurée.
- Le preneur souhaite désigner des bénéficiaires différents de ceux qui sont désignés dans la demande initiale **ou** en désigner pour la première fois, car il n'avait pas eu à le faire pour ce type de protection dans la demande initiale.

 Dans ces 2 cas, le formulaire **Désignation ou changement de bénéficiaire (17073F)** dûment rempli et signé doit être joint à cette demande.

E – Paiement de l'assurance

E1 – Information sur la prime

- Veuillez cocher **la case appropriée** et indiquer la prime qui sera payable **pour tout le contrat** à la suite de la modification demandée.

Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

<input type="checkbox"/> Prime mensuelle	<input type="checkbox"/> Prime annuelle	<input type="checkbox"/> Prime semestrielle (contrat en vigueur seulement)
Montant : _____ \$	Montant : _____ \$	Montant : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

 Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.


<input type="checkbox"/> Prime et dépôt mensuels	<input type="checkbox"/> Prime et dépôt annuels	<input type="checkbox"/> Prime et dépôt semestriels (contrat en vigueur seulement)
Prime : _____ \$	Prime : _____ \$	Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$	Dépôt : _____ \$	Dépôt : _____ \$
Montant mensuel total : _____ \$	Montant annuel total : _____ \$	Montant semestriel total : _____ \$

E2 – Mode de paiement

- Veuillez cocher **la case appropriée** et fournir les renseignements ou les documents requis, s'il y a lieu.

Conserver le mode de paiement établi dans la demande initiale.


Pour le paiement par **débits préautorisés**, un nouveau formulaire **Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F)** dûment rempli et signé doit être joint à cette demande.

 Si le contrat à modifier est un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) et qu'un **dépôt ponctuel** avait été demandé initialement, ce dépôt doit être rajusté en fonction de la modification demandée, s'il y a lieu, et la **section E3** doit être remplie.

Changer le mode de paiement pour le suivant :

Débits préautorisés

Un formulaire **Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F)** dûment rempli et signé doit être joint à cette demande.

 Si le contrat à modifier est un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) et qu'un **dépôt ponctuel** avait été demandé initialement, ce dépôt doit être rajusté en fonction de la modification demandée, s'il y a lieu, et la **section E3** doit être remplie.

Carte de crédit

Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525, s'identifier et signer ci-dessous.


Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).

Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre la **prime et le dépôt annuels**.

Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit

X _____
Signature du titulaire de la carte de crédit


Date (aaaa-mm-jj)

 En signant ci-dessus, la personne confirme qu'elle est le titulaire de la carte de crédit et elle accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué à la section **Information sur la prime**.

Chèque


Un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances doit être joint à cette demande.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

 Si le contrat à modifier est un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) et qu'un **dépôt ponctuel** avait été demandé initialement, ce dépôt doit être rajusté en fonction de la modification demandée, s'il y a lieu, et la **section E3** doit être remplie.

E3 – Autre paiement ou remboursement

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard du contrat à modifier.
- Si le contrat à modifier est un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) et qu'un **dépôt ponctuel** avait été demandé initialement, ce dépôt doit être rajusté en fonction de la modification demandée, s'il y a lieu.

Contrat à modifier	Choix du mode de paiement
<input type="checkbox"/> Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :  Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire Accord de débits préautorisés (DPA) (09312F) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

F – Déclarations et signatures

F1 – Déclarations et signature du preneur

1. Le preneur comprend que le présent formulaire fait partie intégrante du contrat et que les renseignements qu'il comprend serviront de base à l'établissement du contrat ou de la modification demandée, s'il y a lieu.
2. Le preneur reconnaît que le représentant :
 - a) lui a remis l'illustration présentant les valeurs et/ou les caractéristiques des protections demandées;
 - b) lui a clairement expliqué la nature des modifications indiquées à la **section C** et toute exclusion applicable, s'il y a lieu.

Preneur – personne physique

 S'il y a plus d'un preneur, la signature de tous les preneurs est requise.

X

Signature du preneur

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature du preneur

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Preneur – personne morale, fiduciaire ou autre entité

X

Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

F2 – Déclaration et signature de la personne assurée (applicable en cas d'ajout de protections complémentaires seulement)

 La signature de chaque personne assurée visée par un changement est requise.

La personne assurée consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.

Personne assurée âgée de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X

Signature de la personne assurée

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne assurée

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne assurée a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoire autres que le Québec)

Signataire pour : _____
Prénom et nom de la personne assurée

X

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

Signature

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Signataire pour : _____
Prénom et nom de la personne assurée

X

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

Signature

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

G – Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier (s'il y a lieu)

 Cette section doit être remplie lorsque la signature du bénéficiaire irrévocable et/ou du créancier ayant pris une garantie sur le contrat est requise.

Bénéficiaire irrévocable

Le bénéficiaire irrévocable consent à toute modification demandée dans le présent formulaire, y compris la révocation de sa désignation à titre de bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu.

X

Prénom et nom

Signature

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Prénom et nom

Signature

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Créancier ayant pris une garantie sur le contrat

Le créancier consent à toute modification demandée dans le présent formulaire.

X

Nom du créancier

Signature

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

H – Déclaration et signature du représentant

Le représentant déclare avoir :

- expliqué au preneur les modifications indiquées à la **section C**;
- remis au preneur l'illustration qui confirme les modifications demandées dans le présent formulaire.

X

Signature du représentant

Cochez si stagiaire

Signé à (ville et province / territoire)

Date (aaaa-mm-jj)