

Numéro de contrat :	Numéro de référence :
---------------------	-----------------------

Informations importantes

- 1- Pour les transformations, les garanties d'assurabilité ou une modification à une assurance vie universelle, une illustration doit être soumise.
- 2- Pour les transformations et les garanties d'assurabilité, la nouvelle garantie sera établie dans un nouveau contrat.
- 3- Pour procéder à une modification contractuelle avec preuves d'assurabilité, veuillez remplir les sections appropriées dans la **Proposition d'assurance vie, santé et invalidité (07002F)**.
- 4- Pour procéder à un changement de preneur, veuillez remplir la **Demande de changement de preneur (09614)**.
- 5- Si le contrat est mis en gage ou inclut un bénéficiaire irrévocable, il est essentiel d'obtenir la ou les signatures requises à la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.
- 6- Si votre client est invalide actuellement (partiellement ou totalement), il ne peut exercer son droit de substitution ou son option d'assurabilité future.
- 7- Si vous souhaitez ajouter ou modifier l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) lors de votre demande de modification, vous devez remplir le formulaire 24311F ou 07002F **en plus du présent formulaire**. Pour savoir quel formulaire remplir, consultez la page **Administration de l'en-vigueur** sur [web](#).

Table des matières

A - Informations générales	2
B - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (preneur – personne physique).....	3
C - Changements demandés	3
D - Changements demandés pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect	5
E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect.....	6
F - Assurance en vigueur (à remplir pour une modification aux protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect)	8
G - Changements demandés pour SOLO Assurance soins de santé	8
H - Désignation de bénéficiaires	9
I - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)	10
J - Paiement de l'assurance	11
K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins	13
L - Déclarations et autorisations	14
M - Instructions spéciales	15
N - Consentement particulier	17

Informations du représentant

Rémunération : ☐ de carrière ☐ accélérée ☐ sans objet

Prénom et nom du représentant (en lettres majuscules)	Code du représentant	Code du centre financier	% de répartition	Courriel

A - Informations générales

A1 – Identification des preneurs (personnes physiques)

Preneur 1			Preneur 2 ☐ Même adresse que pour le Preneur 1		
Prénom	Nom		Prénom	Nom	
Adresse (N°, rue, app.)			Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire		Ville	Province ou territoire	
Code postal	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Code postal	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Courriel			Courriel		
Numéro de téléphone à 10 chiffres			Numéro de téléphone à 10 chiffres		
Résidence : _____ Cellulaire : _____			Résidence : _____ Cellulaire : _____		
Travail : _____, poste : _____			Travail : _____, poste : _____		
Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Preneur 1 : ☐ Oui ☐ Non Personne à assurer : ☐ Oui ☐ Non Si non , indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____ Qui vous explique le contenu de ce formulaire dans votre langue ? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans ce formulaire ou dans le contrat pour lequel une modification est demandée.) ☐ Votre représentant ☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :			Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Preneur 2 : ☐ Oui ☐ Non Si non , indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____ Qui vous explique le contenu de ce formulaire dans votre langue ? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans ce formulaire ou dans le contrat pour lequel une modification est demandée.) ☐ Votre représentant ☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :		
Prénom	Nom	Lien avec vous	Prénom	Nom	Lien avec vous

A2 - Identification du preneur (personne morale, fiducie ou autre entité)

- Veuillez remplir le formulaire **08295F** si la modification demandée s'applique à un contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Nom de l'entreprise

Adresse (N°, rue, app.)

Ville

Province ou territoire

Code postal

Numéro de téléphone à 10 chiffres

Courriel

Résidence : _____ Cellulaire : _____

Travail : _____, poste : _____

Identification du signataire autorisé

- Veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).

Prénom

Nom

Adresse (N°, rue, app.)

Ville

Province ou territoire

Code postal

B - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (preneur – personne physique)

- La déclaration de résidence aux fins de l'impôt concerne les modifications à un contrat d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.
 - Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire **08295F** pour la déclaration de résidence aux fins de l'impôt.
- Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur [web](#).

Directive : Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre situation et fournissez tous les renseignements demandés.

Si votre déclaration n'est pas remplie correctement, nous ne pourrons pas traiter votre demande.

Preneur 1	Preneur 2												
☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.												
☐ Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.	☐ Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.												
a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____	a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____												
b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non	b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non												
c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____	c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____												
☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.	☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.												
☐ Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.	☐ Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.												
a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF).	a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF).												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF					<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF				
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez) : _____	b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez) : _____												
c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____	c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____												
☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.	☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.												

C - Changements demandés

Veuillez remplir une nouvelle proposition d'assurance pour une augmentation du montant d'assurance, un changement au taux privilégié ou un ajout de protection (sauf pour l'ajout des protections Fracture accidentelle ou Mutilation ou perte d'usage accidentelles).

Cochez la case appropriée

☐ Ajout d'un enfant à la protection Assurance vie - enfants existante (ou à la Solution Famille pour les contrats Vision)		☐ Nivellement des coûts d'assurance - vie universelle ⁽¹⁾ (Courtage et Vision « N1 »)
Prénom	Nom à la naissance	☐ Nivellement des coûts d'assurance - vie universelle ⁽¹⁾ (anciens produits du portefeuille de State Farm)
Sexe	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	☐ Assurance libérée réduite
☐ Féminin ☐ Masculin		☐ Privilège d'association
☐ Ajout de la protection Fracture accidentelle ou Mutilation ou perte d'usage accidentelles		☐ Privilège d'assurabilité
☐ Augmentation triennale (Vie Autonome)		☐ Résiliation de protections ou d'assurés
☐ Croissant à nivelé		☐ Résiliation de l'indexation
☐ Diminution du montant d'assurance :		☐ Séparation de contrat (ou migration de contrat pour les contrats Vision)
☐ Droit d'échange partiel		☐ Autre :
☐ Droit d'échange total		

⁽¹⁾ Une illustration est nécessaire pour ce changement.

C - Changements demandés (suite)

Changements demandés pour les contrats Vision seulement

- | | |
|---|---|
| ☐ Changement d'une protection « Constante » pour une protection « Croissante » | ☐ Passage de solution prévu au contrat |
| ☐ Changement d'une protection « Croissante » pour une protection « Constante » | ☐ Éclatement de solution |
- ☐ Changement de solution pour une solution « À la carte » ou « Performance »
- ☐ Modification du fonds d'épargne
- ☐ Retrait partiel ☐ Retrait total ☐ Terminaison
- Pour transférer un montant d'épargne ou changer la répartition des options de placement, veuillez remplir le formulaire **Modification(s) au fonds d'épargne d'un contrat Vision (06252F)**.

- ☐ Invalidité – revenu
- ☐ Changement d'une protection « Ultra » pour une protection « Plus »
☐ Changement d'une protection « Plus » pour une protection « Base »

☐ Transformation d'une assurance collective en assurance individuelle ^(1, 2, 3)

Nom de la protection à transformer : _____

Nom de la protection demandée : _____

Montant d'assurance demandé : _____ \$

Prénom et nom des enfants à charge, s'il y a lieu : _____

☐ Transformation d'une assurance individuelle temporaire en assurance individuelle permanente ^(1, 2)

- ☐ Transformation totale :
- Nom de la protection demandée : _____
- Prénom et nom des personnes à assurer : _____
- ☐ Transformation partielle :
- Nom de la protection à transformer : _____
- Nom de la protection demandée : _____
- Montant d'assurance demandé : _____ \$
- Prénom et nom des personnes à assurer : _____
- Voulez-vous conserver le montant d'assurance restant après la transformation partielle ?
- ☐ Oui, je veux conserver le montant d'assurance restant.
☐ Non. Je veux mettre fin à la protection. (Les protections complémentaires prendront également fin.)
☐ Non. Je veux mettre fin à toutes les protections du contrat.
- ☐ Transformation d'une assurance familiale ou pour enfant :
- Nom de la protection demandée : _____
- Montant d'assurance demandé : _____ \$
- Prénom et nom des enfants à charge : _____

☐ Garantie d'assurabilité ^(1, 2)

- ☐ Garantie d'assurabilité - Particulier Veuillez indiquer l'événement qui justifie l'exercice de la garantie d'assurabilité :
- ☐ Âge : _____ ☐ Mariage : _____ ☐ Naissance ou adoption d'un enfant : _____
- Date du mariage (aaaa-mm-jj) Nom Date de naissance (aaaa-mm-jj)
- ☐ Garantie d'assurabilité - Entreprise
- Assurez-vous de soumettre l'information suivante :
- États financiers des 3 dernières années
 - Confirmation de la part de l'assuré dans l'entreprise
 - Confirmation que l'entreprise est toujours le preneur du contrat et que cette dernière n'a pas changé depuis l'émission du contrat

(1) Une illustration est nécessaire pour ce changement.

(2) La nouvelle protection sera établie dans un nouveau contrat.

(3) Les protections admissibles à une transformation d'assurance collective sont indiquées sur [web](#).

D - Changements demandés pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect

⚠ ATTENTION! Tous les renseignements personnels que la personne à assurer fournira dans les sections D, E et F seront communiqués au preneur.

Personne à assurer

Prénom	Nom
--------	-----

Cochez la case appropriée

- ☐ Augmentation de la période d'attente : _____ jours
 ☐ Retrait d'un avenant (spécifiez quel avenant) : _____
- ☐ Diminution de la rente mensuelle : _____ \$
 ☐ Changement de structure de prime de T10 vers T65
- ☐ Diminution de la période d'indemnisation : _____ années

Pour les changements **ci-dessus**, vous n'avez pas à répondre à d'autres questions.

☐ Exercice de l'option d'assurabilité future

- Veuillez remplir la **section E** (questions 1 à 19) et la **section F** et fournir les preuves financières ci-dessous, s'il y a lieu.
- À demander au moins 30 jours avant l'anniversaire.

Preuves financières à fournir - SOLO et Sélect Assurance salaire

SOLO Assurance proprio

	Employé	Travailleur autonome, associé, propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.) ou producteur agricole		Tout type d'emploi
	Peu importe le total des rentes d'invalidité	Total des rentes d'invalidité ≤ 3 500 \$ ¹	Total des rentes d'invalidité ≥ 3 501 \$ ¹	Peu importe le total des rentes d'invalidité
Contrat sans Prestation garantie/Prestation sans preuves de revenu	Aucune preuve financière	Aucune preuve financière	• T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers des 2 dernières années	Aucune preuve financière
	Employé	Travailleur autonome, associé ou propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.)		
Contrat avec Prestation garantie/Prestation sans preuves de revenu	T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années (ou feuillets T4)	• T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers des 2 dernières années		s.o.

⁽¹⁾ Le total des rentes d'invalidité comprend la rente indiquée dans le présent formulaire ainsi que toutes les autres rentes d'invalidité en vigueur auprès de Desjardins Assurances ou d'autres compagnies identifiées à la **section F**. Toutefois, les rentes prévues par l'assurance crédit et l'assurance frais d'affaires ne sont pas incluses dans ce total.

☐ Ajout de la Prestation sans preuves de revenu²

- Répondez aux questions de la **section F**.
- Selon la situation d'emploi de la personne assurée, veuillez fournir les preuves financières ci-dessous.

Situation d'emploi	Preuves financières à fournir
Employé	T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années (ou feuillets T4)
Travailleur autonome, associé ou propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.)	• T1 Déclaration d'impôt fédéral des 2 dernières années • États financiers des 2 dernières années

⁽²⁾ La Prestation sans preuves de revenu peut être ajoutée seulement à un contrat SOLO Assurance salaire établi le 1er juillet 2018 ou après.

☐ Relèvement de classe professionnelle

- Répondez aux questions 4, 5, 6 et 13 de la **section E**.
- Important : si le contrat est en vigueur depuis plus de 5 ans, vous devez plutôt remplir la **Proposition d'assurance vie, santé et invalidité (07002F)** et fournir les preuves d'assurabilité demandées.

Droit de substitution

- ☐ SOLO Assurance proprio vers SOLO Assurance salaire (Veuillez répondre aux questions 1 à 18 de la **section E** et remplir la **section F**)
 ☐ SOLO Assurance salaire vers SOLO Assurance proprio (Veuillez répondre aux questions 1 à 12 de la **section E** et remplir la **section F**)
 ☐ SOLO/Sélect Assurance salaire vers Assurance frais d'affaires (Veuillez répondre aux questions 1 à 19 de la **section E** et remplir la **section F**)
 ☐ Assurance frais d'affaires vers SOLO/Sélect Assurance salaire (Veuillez répondre aux questions 1 à 18 de la **section E** et remplir la **section F**)

Droit de prolongation

- ☐ SOLO/Sélect Assurance salaire et SOLO Assurance proprio (Veuillez répondre aux questions 1 à 12 de la **section E**)
 ☐ Assurance frais d'affaires (Veuillez répondre aux questions 1 à 9 et 13 à 19 de la **section E**)

E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect
Situations particulières

1- Êtes-vous invalide (partiellement ou totalement)? ☐ Oui ☐ Non

Note : Si vous répondez **oui** à cette question, vous n'êtes pas admissible à exercer votre option d'assurabilité future et votre droit de substitution.

2- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non

3- Êtes-vous en retrait préventif ou en congé parental? ☐ Oui ☐ Non

Profil d'emploi

4- Profession ou métier : _____ 5- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu (niveau d'études) : _____

6- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (aaaa-mm-jj)? _____

Si c'est depuis moins de 3 ans, veuillez indiquer votre emploi précédent : _____

7- **Fonctions et tâches** - Veuillez indiquer le % associé aux fonctions que vous occupez et **préciser les tâches** que vous effectuez pour chaque type de fonction dans la colonne « **Tâches** ».

Fonctions	Pourcentage	Tâches
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Ventes		
d) Supervision		
e) Autres, précisez :		
Total	100%	
f) Indiquez le pourcentage de temps consacré à des déplacements à l'extérieur de l'Amérique du Nord :	%	

8- Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ 9- Nombre de semaines travaillées par année : _____ semaines / année

Profil de l'entreprise ou de l'employeur

10- Nom de l'entreprise : _____ 11- Nature de l'entreprise : _____

12- a) Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre compte (aaaa-mm-jj)? _____

b) Veuillez indiquer votre situation d'emploi actuelle : ☐ Employé ☐ Travailleur autonome ☐ Propriétaire d'entreprise

c) Veuillez remplir le tableau suivant si vous êtes un travailleur autonome ou un propriétaire d'entreprise :

Nombre d'associés ou d'actionnaires :		Nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires) :	
Pourcentage des actions que vous détenez dans l'entreprise :	%	Nombre d'employés à temps partiel (à l'exclusion des propriétaires) :	

Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts)

13- Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle

a) ☐ Employé Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus ligne 10400, moins ligne 22900.	Salaire de l'année en cours	Salaire de l'année précédente	Salaire de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
b) ☐ Travailleur autonome à commission	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu total (dernière année)	Revenu total (avant-dernière année)
c) ☐ Travailleur autonome			
d) ☐ Associé Le revenu gagné correspond au revenu net déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : lignes 13500 à 14300 - le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.	\$	\$	\$
e) ☐ Propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.) Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus 10400, plus votre part des profits ou des pertes. Ce revenu exclut les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes de toute source et tout autre revenu de placement, les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées ainsi que toute rémunération différée et tout autre revenu qui ne sont pas reçus directement en retour d'un service fourni.		Dernière année	Avant-dernière année
	Salaire	\$	\$
	Profit ou (perte) de l'entreprise	\$	\$
	Total	\$	\$
	Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) : _____		
f) ☐ Producteur agricole reconnu Le revenu gagné inclut les dépenses d'amortissement.	Revenu de l'année en cours	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$

E - Admissibilité aux modifications pour les protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect (suite)

14- Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, quel est le montant du fractionnement? _____ \$

15- Calculez vos revenus non professionnels de l'année dernière et estimez ceux de cette année.
Est-ce que l'un d'eux dépasse le moindre des montants suivants : 30 000 \$ ou 15 % de votre revenu déclaré à la **question 13**? ☐ Oui ☐ Non
(Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : revenu de placement ou de location ou droits d'auteur.)
Si **oui**, veuillez répondre à la **question 17** - Revenus non professionnels.

16- Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, veuillez répondre à la **question 18** - Valeur nette.

17- Revenus non professionnels (Les revenus non professionnels sont exclus du revenu gagné net assurable déclaré à la **question 13**.)

Profit net tiré de revenus locatifs	\$
Gains en capital	\$
Dividendes non professionnels	\$
Intérêts	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

18- Valeur nette

Économies, liquidités, actions, obligations	\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)	\$
Biens immobiliers	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

19- Assurance frais d'affaires (part des frais d'affaires mensuels de l'assuré). Pour SOLO Sécuriterre, ne remplissez pas les éléments l), m) et n).

a) Loyer, électricité, téléphone et autres services publics	\$	h) Intérêts débiteurs	\$
b) Salaire du personnel	\$	i) Taxes professionnelles et permis	\$
c) Entretien ménager	\$	j) Affranchissement et fournitures de bureau	\$
d) Services professionnels d'un comptable externe	\$	k) Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaires	\$
e) Prime d'assurance incendie, vol et risques divers	\$	l) Crédit-bail et amortissement d'équipement, y compris l'automobile	\$
f) Cotisations professionnelles	\$	m) Dépréciation du matériel et des locaux appartenant à la personne à assurer	\$
g) Assurance responsabilité professionnelle	\$	n) Amortissement ou remboursement périodique de capital, y compris les prêts hypothécaires	\$
o) Remboursement périodique de capital relatif à des prêts souscrits pour des actifs non amortissables (SOLO Sécuriterre seulement)			\$

Total des frais d'affaires (additionnez les montants des deux colonnes): _____ \$

F - Assurance en vigueur (à remplir pour une modification aux protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect)

Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance invalidité (y compris une protection d'assurance collective offerte par un employeur) ?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance invalidité détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas la protection visée par cette demande.)

Si la personne à assurer est couverte par une protection de la MÉDIC Construction, veuillez indiquer la lettre du régime : _____

Protections d'assurance invalidité en vigueur	Émission du contrat (aaaa-mm-jj)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie					
Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (banque/caisse) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio)					☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie					
Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (banque/caisse) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio)					☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie					
Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (banque/caisse) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio)					☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous admissible à des prestations :

a) d'assurance-emploi ?

☐ Oui ☐ Non

b) d'une commission des accidents du travail - CNESST (auparavant la CSST) / CSPAAT / CSSIAT / WCB ?

☐ Oui ☐ Non

G - Changements demandés pour SOLO Assurance soins de santé
Réduction de la protection Santé plus

☐ Régime de base

Retrait d'un avenant (cochez le ou les avenants à retirer)

À noter que si vous retirez l'avenant Médicaments, l'avenant Soins dentaires sera automatiquement retiré.

☐ Médicaments

☐ Soins dentaires

☐ Hospitalisation

Retrait d'un assuré

☐ Conjoint

☐ Enfant

H - Désignation de bénéficiaires

H1 - Décès

- Veuillez cocher l'option qui s'applique.

☐ Cette désignation s'applique à toutes les protections du contrat.

☐ Cette désignation s'applique à la nouvelle protection seulement.

Directive

Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

Ex. : Montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie.

La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Important : Si le contrat prévoit déjà un ou des bénéficiaires irrévocables, ces derniers doivent signer la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

H2 - Désignation de bénéficiaires subrogés

Si un bénéficiaire indiqué dans la **section H1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

H - Désignation de bénéficiaires (suite)

H3 - Maladies graves

- Veuillez cocher l'option qui s'applique.

☐ Cette désignation s'applique à toutes les protections du contrat.

☐ Cette désignation s'applique à la nouvelle protection seulement.

Directive

Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat. **Ex.** : Montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves.

La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Important : Si le contrat prévoit déjà un ou des bénéficiaires irrévocables, ces derniers doivent signer la partie Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier de la **section L – Déclarations et autorisations**.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom	Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Conjoint de fait ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable

I - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux **sections H1 - Décès** et **H3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaires mineurs		Fiduciaire(s)	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Sexe	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M	
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M	
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M	
Nom	Nom				

J - Paiement de l'assurance

J1 - Paiement du contrat

Information sur la prime

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

☐ Prime annuelle : _____ \$ ☐ Prime semestrielle : _____ \$ ☐ Prime mensuelle : _____ \$

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.

☐ Prime et dépôt annuels	OU	☐ Prime et dépôt mensuels
Prime : _____ \$		Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$		Dépôt : _____ \$
Montant annuel total : _____ \$		Montant mensuel total : _____ \$

Choix du mode de paiement

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

☐ **Débits préautorisés** – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

☐ **Carte de crédit** – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

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**.

 _____	X _____	_____
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit	Signature du titulaire de la carte de crédit	Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

☐ **Chèque** – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

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

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

☐ **Lors de la livraison du contrat** (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

J - Paiement de l'assurance (suite)

J2 - Autre paiement ou remboursement

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard du contrat.

Type de paiement ou de remboursement	Choix du mode de paiement
☐ Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ 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 » :	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.

K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

 Ce consentement concerne :

- chaque **preneur « personne physique »**
- la **personne à assurer** (seulement si la modification demandée dans ce formulaire s'applique à une protection d'assurance invalidité SOLO ou Sélect)

1. 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. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant la section L - Déclarations et autorisations (page 14) :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

L - Déclarations et autorisations

- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente demande sont véridiques et complètes.
- Le preneur consent à modifier son contrat en tenant compte des renseignements inscrits dans le présent document.
- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans le présent formulaire soient communiqués au preneur.
- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- Le preneur reconnaît que les renseignements fournis dans la « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt », le cas échéant, sont exacts et complets et que, en cas de changement, il doit fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours.
- Le preneur « personne physique » et la personne à assurer donnent leur consentement relativement au contenu de la **section K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins** (page 13).

 **X** _____
Signature du preneur 1 (personne physique) Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

 **X** _____
Signature du preneur 2 (personne physique) Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature de la personne autorisée à signer au nom du preneur
« personne morale, fiducie ou autre entité » Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signature de la personne à assurer (protections d'assurance invalidité SOLO et Sélect seulement)

 **X** _____
Signature de la personne à assurer Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier

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

Bénéficiaire irrévocable du contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document, y compris la révocation de ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu.

Prénom et nom **X** _____
Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom **X** _____
Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Créancier ayant pris une garantie sur le contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée dans le présent document.

Nom du créancier **X** _____
Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signature du représentant

X _____
Signature du représentant ☐ cochez si stagiaire Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

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

Courriel

X _____
Signature du superviseur (au Québec seulement) Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

M - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour la demande de modification.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

N - Consentement particulier

Applicable au Québec seulement

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – preneur(s) et personne à assurer		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

N - Consentement particulier (suite)**Avis de consentement particulier****Vous êtes libre de donner ce consentement ou non**

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant.
À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période.
Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 Sans frais : 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à

Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2

par l'avis suivant :

En date du _____
(aaaa-mm-jj)

Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)

X

Signature du preneur ou de la personne assurée

Signé à (ville, province ou territoire)