



Assurance provisoire ou conditionnelle

ASSURANCE VIE PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées dans l'illustration, l'Assurance vie provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections prévoyant un versement en cas de décès sont demandées. Ces protections sont aussi indiquées dans la section Protection(s) de la proposition d'assurance.

-  Les protections complémentaires Accident ou Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles ne sont pas visées par l'Assurance vie provisoire. Par conséquent, aucun montant ne sera payable par l'Assurance vie provisoire pour ces protections.

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition d'assurance, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance vie provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance vie provisoire débute à la signature de la proposition d'assurance.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable ?

Nous versons le montant de chaque protection prévoyant un versement en cas de décès de la personne assurée.

À qui versons-nous le montant payable ?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances vie provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections prévoyant un versement en cas de décès est limité à :

- a) **1 000 000 \$**, si la personne assurée a 75 ans ou moins à son décès;
- b) **50 000 \$**, si la personne assurée a plus de 75 ans à son décès.

2- Exclusions

- a) Aucun montant ne sera payable si, dans **les 5 ans précédant** la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée a :
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès.
- b) Aucun montant ne sera payable si, à son décès, la personne assurée a moins de 15 jours.
- c) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un suicide.
- d) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un trouble de santé qui existait à la signature de la proposition d'assurance et qui a entraîné l'administration de l'aide médicale à mourir.

Fin de l'assurance

L'Assurance vie provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 2- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 3- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 4- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition d'assurance.

Déclaration du preneur

Le preneur confirme qu'il a pris connaissance de l'Assurance vie provisoire et qu'il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions.



Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées dans l'illustration, l'Assurance maladies graves provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections Priorité santé ou Option santé sont demandées. Ces protections sont aussi indiquées dans la section Protection(s) de la proposition d'assurance.

Partie 1 – Description de la protection

Cette partie est complétée par la [Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts](#) de l'Assurance maladies graves provisoire et en fait partie intégrante. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#) )

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition d'assurance, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance maladies graves provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire débute à la signature de la proposition d'assurance.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable ?

Si la personne assurée a un des troubles de santé couverts indiqués ci-dessous, nous versons le montant de chaque protection Priorité santé et Option santé demandées.

À qui versons-nous le montant payable ?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Troubles de santé couverts

Les troubles de santé pour lesquels nous pourrions verser le montant payable sont les suivants :

Troubles cardiaques

- Accident vasculaire cérébral
- Chirurgie de l'aorte
- Crise cardiaque
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Trouble neurologique

- Méningite purulente

Troubles liés aux organes vitaux

- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale

Troubles accidentels et fonctionnels

- Brûlures graves
- Cécité
- Coma
- Lésion cérébrale acquise
- Paralysie
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Surdité

Autres

- Anémie aplasique
- Infection au VIH contractée au travail
- Perte d'autonomie permanente

 **Même si la personne assurée a un trouble de santé couvert, cela ne signifie pas que nous verserons le montant payable.** Pour que nous puissions verser le montant payable, le trouble de santé doit absolument répondre à toutes les conditions de la définition de ce trouble de santé prévue à la **Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts**.

**Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)****ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE (suite)****Limites et exclusions****1- Limite applicable au montant payable**

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances maladies graves provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections Priorité santé et Option santé demandées est limité à **500 000 \$**.

2- Exclusions générales

a) Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* :

1. Si, **dans les 5 ans précédant** la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée a :
 - eu ce trouble de santé;
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.
2. Si, **dans les 90 jours précédant** la signature de la proposition d'assurance, la personne assurée a eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé pour lesquels elle n'a pas consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

b) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert résulte directement ou indirectement :

1. d'une blessure que la personne assurée s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide;
2. de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
3. d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, que la personne assurée y ait pris part ou non;
4. de la conduite d'un véhicule motorisé par la personne assurée alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
5. de l'usage illégal ou illicite de toute drogue;
6. de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz;
7. de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant.

c) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.

3- Exclusion supplémentaire pour un nouveau-né

Cette exclusion peut s'appliquer si la personne assurée est un nouveau-né qui a moins de 15 jours à la signature de la proposition d'assurance.

Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* si, avant d'avoir 15 jours, la personne assurée a :

- eu ce trouble de santé;
- eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- reçu un traitement pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

 **Les limites et les exclusions prévues dans la définition des troubles de santé couverts s'ajoutent aux exclusions ci-dessus.**

Fin de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- La date à laquelle nous versons le montant payable par l'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée.
- 2- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 3- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 4- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 5- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition d'assurance.

Déclaration du preneur

Le preneur confirme qu'il a pris connaissance des parties 1 et 2 de l'Assurance maladies graves provisoire et qu'il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions.



Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE – SOLO Assurance salaire

Le [Spécimen de contrat – SOLO Assurance salaire](#) complète l'Assurance invalidité conditionnelle. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#)).

- i** Les termes indiqués en italique dans ce texte ont le même sens que ceux qui sont définis dans le texte des protections qui font partie du contrat SOLO Assurance salaire qui sera établi, s'il y a lieu.

À quoi sert l'Assurance invalidité conditionnelle ?

L'Assurance invalidité conditionnelle permet de devancer la date de prise d'effet des protections qui est définie dans les Dispositions générales du contrat SOLO Assurance salaire qui sera établi, si la personne assurée devient *invalid*e et que toutes les conditions prévues à la section **Conditions applicables** sont respectées.

Ainsi, la date de prise d'effet des protections qui seront établies pourrait être devancée :

- à la date à laquelle la proposition d'assurance est signée, si l'*invalidité* résulte d'un **accident**;
- à la date à laquelle la personne assurée a répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis, si l'*invalidité* résulte d'une **maladie**.

La personne assurée pourrait alors être couverte par les protections du contrat qui sera établi à compter d'une de ces dates, selon la cause de son *invalidité*.

Conditions applicables

- 1- À la date de signature de la proposition d'assurance, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance.
- 2- Nous devons accepter les protections demandées dans l'illustration* avec ou sans modification (voir la section **Acceptation des protections demandées avec ou sans modification** ci-dessous).
* Les protections demandées dans l'illustration sont aussi indiquées dans la section **Protection(s)** de la proposition d'assurance.
- 3- L'**accident** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :
 - a) après la signature de la proposition d'assurance; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition d'assurance.

OU

La **maladie** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :

- a) après qu'elle aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition d'assurance.
- 4- La *prestation mensuelle* doit être payable selon ce qui est prévu au contrat qui sera établi (voir la section **À propos du contrat qui sera établi** à la page suivante).

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler le contrat qui sera établi pour cette personne et/ou refuser une réclamation. L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

Acceptation des protections demandées avec ou sans modification

Nous décidons si nous acceptons les protections demandées avec ou sans modification, ou si nous les refusons, en respectant les règles de tarification de Desjardins Assurances et en tenant compte de tous les renseignements recueillis sur la personne à assurer dans le cadre de la demande d'assurance.

Par ailleurs, lorsque l'Assurance invalidité conditionnelle s'applique, notre décision ne tiendra pas compte de :

- tout *accident* qui pourrait survenir après la signature de la proposition d'assurance; et
- toute *maladie* qui pourrait survenir après que la personne assurée aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis.

- 1- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **sans modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu dans le contrat qui sera établi.

Si la personne assurée devient invalide, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.



Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE – SOLO Assurance salaire (suite)

- 2- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **avec modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu au contrat, lequel sera établi avec des exclusions et/ou des limites **supplémentaires** (ex. : ajout d'une exclusion, augmentation de la période d'attente, diminution de la rente mensuelle demandée, etc.).

 Par exemple, si le contrat est établi avec 2 exclusions supplémentaires, une pour un trouble de santé spécifique et une pour la pratique d'un sport dangereux, cela signifie qu'aucune *prestation mensuelle* ne sera payable si la personne assurée devient *invalidé* à cause de ce trouble de santé ou de la pratique de ce sport pendant ou après l'étude de la demande d'assurance.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

- 3- Lorsque nous **refusons** les protections demandées, cela signifie que nous n'établirons aucun contrat pour la personne assurée et que celle-ci ne sera pas couverte en cas d'*invalidité*.

L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

À propos du contrat qui sera établi

En attendant de recevoir son contrat, le preneur doit se référer au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance salaire** pour comprendre :

- la portée de l'Assurance invalidité conditionnelle; et
- les conditions, les limites et les exclusions applicables aux protections demandées dans l'illustration.

 Ce spécimen de contrat **ne remplace pas** le contrat qui sera établi, car il n'est pas personnalisé en fonction des protections demandées dans l'illustration. Il comprend le texte des Dispositions générales ainsi que le texte de toutes les protections qui peuvent faire partie d'un contrat SOLO Assurance salaire.

Déclaration du preneur

Le preneur confirme qu'il a pris connaissance de l'Assurance invalidité conditionnelle et du Spécimen de contrat – SOLO Assurance salaire.



Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE – SOLO Assurance proprio

Le [Spécimen de contrat – SOLO Assurance proprio](#) complète l'Assurance invalidité conditionnelle. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#) .

-  Les termes indiqués en italique dans ce texte ont le même sens que ceux qui sont définis dans le texte des protections qui font partie du contrat SOLO Assurance proprio qui sera établi, s'il y a lieu.

À quoi sert l'Assurance invalidité conditionnelle ?

L'Assurance invalidité conditionnelle permet de devancer la date de prise d'effet des protections qui est définie dans les Dispositions générales du contrat SOLO Assurance proprio qui sera établi, si la personne assurée devient *invalidé* et que toutes les conditions prévues à la section **Conditions applicables** sont respectées.

Ainsi, la date de prise d'effet des protections qui seront établies pourrait être devancée :

- à la date à laquelle la proposition d'assurance est signée, si l'*invalidité* résulte d'un **accident**;
- à la date à laquelle la personne assurée a répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis, si l'*invalidité* résulte d'une **maladie**.

La personne assurée pourrait alors être couverte par les protections du contrat qui sera établi à compter d'une de ces dates, selon la cause de son *invalidité*.

Conditions applicables

- 1- À la date de signature de la proposition d'assurance, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance.
- 2- Nous devons accepter les protections demandées dans l'illustration* avec ou sans modification (voir la section **Acceptation des protections demandées avec ou sans modification** ci-dessous).
* Les protections demandées dans l'illustration sont aussi indiquées dans la section **Protection(s)** de la proposition d'assurance.
- 3- L'**accident** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :
 - a) après la signature de la proposition d'assurance; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition d'assurance.

OU

La **maladie** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :

- a) après qu'elle aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition d'assurance.
- 4- La *prestation mensuelle* doit être payable selon ce qui est prévu au contrat qui sera établi (voir la section **À propos du contrat qui sera établi** à la page suivante).

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler le contrat qui sera établi pour cette personne et/ou refuser une réclamation. L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

Acceptation des protections demandées avec ou sans modification

Nous décidons si nous acceptons les protections demandées avec ou sans modification, ou si nous les refusons, en respectant les règles de tarification de Desjardins Assurances et en tenant compte de tous les renseignements recueillis sur la personne à assurer dans le cadre de la demande d'assurance.

Par ailleurs, lorsque l'Assurance invalidité conditionnelle s'applique, notre décision ne tiendra pas compte de :

- tout *accident* qui pourrait survenir après la signature de la proposition d'assurance; et
- toute *maladie* qui pourrait survenir après que la personne assurée aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis.

- 1- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **sans modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu dans le contrat qui sera établi.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.



Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE – SOLO Assurance proprio (suite)

- 2- Lorsque nous **acceptons les protections demandées avec modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu au contrat, lequel sera établi avec des exclusions et/ou des limites **supplémentaires** (ex. : ajout d'une exclusion, augmentation de la période d'attente, diminution de la rente mensuelle demandée, etc.).

⚠ Par exemple, si le contrat est établi avec 2 exclusions supplémentaires, une pour un trouble de santé spécifique et une pour la pratique d'un sport dangereux, cela signifie qu'aucune *prestation mensuelle* ne sera payable si la personne assurée devient *invalidé* à cause de ce trouble de santé ou de la pratique de ce sport pendant ou après l'étude de la demande d'assurance.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

- 3- Lorsque nous **refusons les protections demandées**, cela signifie que nous n'établirons aucun contrat pour la personne assurée et que celle-ci ne sera pas couverte en cas d'*invalidité*.

L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

À propos du contrat qui sera établi

En attendant de recevoir son contrat, le preneur doit se référer au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance proprio** pour comprendre :

- la portée de l'Assurance invalidité conditionnelle; et
- les conditions, les limites et les exclusions applicables aux protections demandées dans l'illustration.

⚠ Ce spécimen de contrat **ne remplace pas** le contrat qui sera établi, car il n'est pas personnalisé en fonction des protections demandées dans l'illustration. Il comprend le texte des Dispositions générales ainsi que le texte de toutes les protections qui peuvent faire partie d'un contrat SOLO Assurance proprio.

Déclaration du preneur

Le preneur confirme qu'il a pris connaissance de l'Assurance invalidité conditionnelle et du **Spécimen de contrat – SOLO Assurance proprio**.



Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



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

-  Ce consentement concerne :
- chaque **preneur « personne physique »**
 - chaque **personne à assurer**

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 cette section :

- 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.



Veillez signer à la page suivante

Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

 Ce consentement concerne chaque **personne à assurer**.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examens médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part
- utiliser les renseignements personnels contenus dans votre demande d'assurance pour évaluer votre assurabilité. Cette évaluation pourrait être effectuée de manière automatisée, notamment pour accélérer le traitement de votre demande. Vos renseignements personnels pourraient être analysés pour concevoir ou parfaire des modèles statistiques. Aucun refus d'assurance ne pourra être basé sur cette évaluation automatisée.

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés ?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant à la page suivante, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.



Veuillez signer à la page suivante



Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances (suite)

Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé doit signer en son nom.

Prénom et nom de la personne à assurer

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom de la personne à assurer

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom de la personne à assurer

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom de la personne à assurer

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 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 territoires autres que le Québec)

Prénom et nom de la personne à assurer

Prénom et nom du signataire

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

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

Prénom et nom de la personne à assurer

Prénom et nom du signataire

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)



Consentement relatif à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant

 Veuillez utiliser un formulaire pour chaque personne à assurer concernée.

Directives à l'intention du représentant

- L'obtention du consentement de la personne à assurer **n'est pas obligatoire** dans le cadre d'une demande d'assurance.
- **Seule la personne à assurer** peut être informée des renseignements personnels complémentaires que vous pourriez obtenir à son sujet auprès de Desjardins Assurances.

 Dans la **section 3** ci-dessous, nous utilisons le terme « représentant » pour désigner :

- le représentant avec qui le preneur fait affaire; **et**
- certains membres désignés du personnel administratif du centre financier auquel le représentant est rattaché.

1. Identification de la personne à assurer

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
--------	-----	--------------------------------

2. Identification du représentant

Prénom	Nom	Code du représentant
--------	-----	----------------------

3. À quoi sert ce consentement?

Dans le cadre d'une demande d'assurance, vous devez fournir différents renseignements personnels, comme ceux liés à votre santé et à vos habitudes de vie. Lorsque nous étudions la demande d'assurance, il arrive que nous obtenions des renseignements **complémentaires** à ceux que vous nous avez déjà fournis. Sachez que nous ne sommes pas autorisés à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant, à moins que vous nous autorisiez à le faire.

En signant ce consentement, vous nous autorisez à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant pour qu'il puisse vous expliquer la décision prise à l'égard de l'assurance demandée.

Exemples de renseignements personnels complémentaires que nous pourrions partager avec le représentant :

- Des résultats d'examens médicaux et/ou d'épreuves de laboratoire
- Des précisions sur votre santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou votre participation à des programmes de réhabilitation
- Des renseignements sur votre santé et vos habitudes de vie que nous pourrions découvrir lors de l'étude de la demande d'assurance et que vous ignoriez au moment où vous avez signé la proposition d'assurance
- Vos antécédents professionnels et votre situation financière
- Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
- Une infraction au Code criminel

 **Rassurez-vous! Même si vous nous autorisez à partager des renseignements personnels complémentaires avec le représentant, nous ne lui divulguons pas de renseignements que nous jugeons hautement confidentiels (ex. : résultats de tests qui démontrent la présence d'une maladie grave).**

Fin du consentement

Ce consentement prendra fin **60 jours** après la date à laquelle le représentant aura été informé de notre décision à l'égard de l'assurance demandée.

Annulation du consentement

Vous pouvez annuler ce consentement en tout temps en nous appelant au **1 877 315-8484**.

4. Déclaration et signature

En signant ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance du présent consentement et en comprendre la portée.

Personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé doit signer en son nom.

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

Si la personne à assurer a **moins de 14 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 territoires autres que le Québec)

X _____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.



Déclarations et autorisations

- 1- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et les déclarations qu'ils ont fournies dans la présente proposition d'assurance, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes. Ils comprennent que toutes ces réponses et déclarations serviront de base à l'établissement du contrat.
- De plus, ils comprennent que tous les renseignements supplémentaires recueillis par Desjardins Assurances en lien avec l'assurabilité de la personne à assurer dans le cadre de l'étude de la demande d'assurance (questionnaires, examens, tests, entrevues téléphoniques, etc.) serviront aussi de base à l'établissement du contrat.
- 2- Le preneur et la personne à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans l'assurabilité de la personne à assurer entre la date de signature de la proposition d'assurance et la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi. Un tel changement peut comprendre, par exemple :
- Un changement dans l'état de santé
 - Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
 - Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
 - Une recommandation de prendre un rendez-vous ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu
 - Un test médical ou une recommandation de subir un test médical, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
 - Un accident
 - Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
 - Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
 - Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
 - Une infraction au Code criminel
 - Etc.
- 3- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- 4- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans la présente proposition d'assurance, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, soient communiqués au preneur.
- 5- Le preneur reconnaît :
- a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature des protections demandées lui a été bien précisée;
 - b) que les exclusions applicables à ces protections lui ont été clairement expliquées;
 - c) qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs et/ou les caractéristiques des protections demandées;
 - d) que, lorsque la situation s'applique, il s'engage à payer la prime rétroactivement à la date indiquée au paragraphe « Conservation d'âge » de la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance. Il comprend que la ou les personnes à assurer ne seront pas couvertes par les protections demandées à compter de cette date;
 - e) 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;
 - f) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la section **Preneur(s)** de la proposition d'assurance;
 - g) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le cas échéant, une copie de toute licence de cannabis valide délivrée par Santé Canada, et, selon la nature des activités de son entreprise, par l'Agence du revenu du Canada;
 - h) que le représentant lui a communiqué verbalement ou par écrit le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance.
- 6- Le preneur et la personne à assurer reconnaissent que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à la consommation de tabac ou de produits de nicotine, peut entraîner l'annulation du contrat.
- 7- La personne à assurer reconnaît qu'elle a lu l'Avis relatif au MIB, LLC.
- 8- Le preneur et la personne à assurer ont lu la présente section avant de la signer.
- 9- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance vie provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables.
- 10- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance maladies graves provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit la Partie 1 – Description de la protection et la Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts de l'Assurance maladies graves provisoire prévue à la section **Assurance provisoire ou conditionnelle** de la proposition d'assurance.
- 11- Le preneur reconnaît que le représentant lui a expliqué la nature de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit le spécimen de contrat SOLO Assurance salaire ou SOLO Assurance proprio, selon le cas.
- 12- Si des protections prévoyant un versement en cas de décès ou de maladies graves sont demandées et que les informations de paiement de la prime ne sont pas fournies à la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance, le preneur comprend que la personne à assurer ne sera pas couverte par les protections demandées ni par une assurance provisoire, s'il y a lieu, à partir de la signature de la proposition d'assurance.
- 13- Si des protections prévoyant un versement en cas d'invalidité sont demandées et que les informations de paiement de la prime ne sont pas fournies à la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance, le preneur comprend que la personne à assurer ne pourra pas bénéficier des avantages de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu.

Remarque : Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité :

- a) la personne autorisée à signer pour le preneur doit remplir la section **Signature de la ou des personnes autorisées à signer pour le preneur** ci-dessous.
- b) le **Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F)** doit être rempli pour tous les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, et les documents qui sont demandés dans ce formulaire doivent être joints à la proposition d'assurance.



Déclarations et autorisations (suite)

Signature des preneurs (personnes physiques)

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

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

Signature des personnes autorisées à signer pour le preneur (personne morale, fiducie ou autre entité / preneur majeur déclaré légalement inapte)

Titre, prénom et nom de la personne autorisée **X** Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Titre, prénom et nom de la personne autorisée **X** Signature Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signature des personnes à assurer*

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé doit signer en son nom.

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

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

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

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

* Si la personne à assurer 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 territoires autres que le Québec)

Prénom et nom de la personne à assurer **X** Prénom et nom du signataire Signature

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

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

Prénom et nom de la personne à assurer **X** Prénom et nom du signataire Signature

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)



Déclaration du payeur

En signant ci-dessous, le payeur identifié à la section **Paiement de l'assurance** de la proposition d'assurance déclare avoir lu et compris cette section. Il autorise Desjardins Assurances à percevoir les montants nécessaires selon les modalités prévues dans cette section.

Paiement par débits préautorisés (DPA)

Titulaire du compte – personne physique

_____	X _____	_____
Prénom et nom du titulaire du compte (en lettres majuscules)	Signature du titulaire du compte	Date (aaaa-mm-jj)
_____	X _____	_____
Prénom et nom du second titulaire du compte (en lettres majuscules) (lorsque 2 signatures sont requises pour un compte)	Signature du second titulaire du compte	Date (aaaa-mm-jj)

Titulaire du compte – personne morale

_____	X _____	_____
Prénom et nom de la personne autorisée à signer pour la personne morale (en lettres majuscules)	Signature de la personne autorisée à signer pour la personne morale	Date (aaaa-mm-jj)

Paiement par carte de crédit

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

Déclaration du représentant

Le représentant déclare :

- 1- que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
- 2- qu'il a vu toutes les personnes à assurer;
- 3- qu'il a vu tous les preneurs (y compris les personnes autorisées à signer au nom des preneurs s'il s'agit de personnes morales, de fiducies ou d'autres entités) et qu'il a dûment vérifié leur identité;
- 4- qu'il a fait part des informations suivantes aux preneurs ou qu'il les leur a communiquées par écrit: le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance;
- 5- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
- 6- qu'il a rempli le **Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F)** et s'est assuré que les documents requis y étaient joints, si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité et qu'une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

_____	_____
Prénom et nom du représentant (en lettres majuscules) ☐ cocher si stagiaire	Code du représentant

X _____	_____	_____
Signature du représentant	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

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



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 à la page 19. 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 à la page 19, 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(s) à assurer Note : Si la personne est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé doit signer en son nom.		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non Financiers ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)		
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non Financiers ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)		
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non Financiers ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)		
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non Financiers ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)		
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non Financiers ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)		

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.**



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, etc.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, actif et passif (pour une entreprise), etc.

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 _____
Date (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
(ou signataire autorisé si cette personne est majeure et qu'elle est déclarée
légalement inapte)

Signé à (ville, province ou territoire)



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