

**PROPOSITION D'ASSURANCE INDIVIDUELLE**

AVANTAGE RETRAITE

POLICE N° E1001

Je désire :  souscrire à l'assurance  modifier mon assurance

**A - IDENTIFICATION DU PRENEUR** Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom		Prénom			
Adresse - N°, rue, app.		Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone ( )	Courriel		Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A
Étiez-vous activement au travail avant votre départ à la retraite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de retraite AAAA MM JJ		Nom du dernier employeur	
Nom de l'assureur précédent		Numéro du contrat précédent		Date de fin de l'assurance collective AAAA MM JJ	
Quelle est la protection d'assurance maladie détenue chez l'assureur précédent? <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple					
Veuillez fournir une preuve confirmant la protection d'assurance maladie détenue chez l'assureur précédent.					

**B - TYPE DE PROTECTION D'ASSURANCE MALADIE**

RÈGLES DU CHOIX DE LA PROTECTION

- Si vous déteniez une protection familiale, monoparentale ou de couple dans votre régime d'assurance collective, vous pouvez choisir la protection sans personnes à charge (individuelle) ou avec personnes à charge (familiale).
- Si vous déteniez une protection individuelle dans votre régime d'assurance collective, vous devez choisir la protection sans personnes à charge (individuelle).

Veuillez choisir une seule protection :  Protection sans personnes à charge (individuelle)  Protection avec personnes à charge (familiale)

**C - ASSURANCE VIE FACULTATIVE**

- La souscription à l'assurance vie facultative est possible uniquement au moment de la souscription au produit Avantage Retraite. Il ne sera pas possible d'y souscrire ultérieurement.
- Si vous souscrivez à l'assurance vie facultative pour votre conjoint, vous êtes le bénéficiaire désigné pour cette garantie.

Je désire souscrire à l'assurance vie facultative pour :  Preneur  Conjoint

**D - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)** Veuillez lire la section I avant de remplir cette section.

Nom	Prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur AAAA MM JJ			Veuillez cocher	
							<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
							<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
							<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

**E - DÉBIT PRÉAUTORISÉ** Veuillez lire la section G au verso.

- Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
- Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Nom et prénom du (des) titulaire(s) du compte		N° de téléphone ( )			
Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit/succursale		N° de compte	

**AUTORISATION DE RETRAIT**  
J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) à effectuer mensuellement des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus. Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel me sera communiqué par préavis, par DSF, au plus tard à la date d'échéance du prélèvement de la prime. **En conséquence, je renonce à ce que ce préavis me soit transmis dans le délai de 10 jours prévu par la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements. Par la suite, je renonce à recevoir tout préavis aussi longtemps que le montant des retraits demeurera le même ou lorsque des modifications à mes protections personnelles seront apportées à ma demande.** J'accuse réception d'une copie du présent accord. Je reconnais avoir pris connaissance des DISPOSITIONS ADDITIONNELLES FAISANT PARTIE DE L'ACCORD DU PAYEUR indiquées à la section G, au verso du présent formulaire.

**CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS**  
Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du second titulaire du compte (S'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises.) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**F - DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je déclare que les renseignements fournis dans cette proposition sont complets et véridiques. Je reconnais avoir pris connaissance du feuillet de taux et de la brochure Avantage Retraite. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans la police sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction ainsi qu'aux exclusions qu'elle contient. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. La police me sera envoyée à la suite de la réception par l'assureur de ma proposition d'assurance individuelle. Je reconnais que j'aurai 10 jours, à compter de la date de délivrance de la police, pour l'annuler. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements qui apparaissent sur le présent formulaire et en avoir conservé une copie. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature du preneur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ LIRE LE VERSO.**

Veuillez retourner l'original à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie.

DOCUMENTS EXPÉDIÉS LE :  
AAAA MM JJ

## G - ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ PERSONNEL (DPA) DISPOSITIONS ADDITIONNELLES FAISANT PARTIE DE L'ACCORD DU PAYEUR

### CHANGEMENT OU ANNULATION

J'informerai Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à DSF équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

### REMBOURSEMENT

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre DSF et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

## H - GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail. Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels  
Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie  
200, rue des Commandeurs  
Lévis (Québec) G6V 6R2

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Si vous ne voulez pas recevoir une telle offre, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

## I - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec

La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est **RÉVOCABLE**, à moins de stipulation contraire.

**RÉVOCABLE** : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

**IRRÉVOCABLE** : signifie que la désignation du bénéficiaire **NE PEUT** être changée sans son consentement.  
La désignation **IRRÉVOCABLE** d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.