

À propos du site Services des promoteurs

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (Desjardins Assurances) fournit des renseignements sur ses régimes d'épargne-retraite collective par l'intermédiaire de son site Services aux promoteurs. Ce site est conçu pour simplifier l'administration quotidienne des régimes. Il fournit des informations financières et non financières détaillées sur les participants. Il utilise une technologie de sécurité de pointe et garantit que seules les personnes autorisées peuvent accéder aux informations sur les régimes.

Protection des renseignements personnels

Les lois canadiennes sur la protection des renseignements personnels exigent que Desjardins Assurances protège la confidentialité de l'information personnelle qu'elle recueille sur les participants à ses régimes d'épargne-retraite collective. Ces lois exigent aussi qu'elle limite l'accès à ces renseignements aux seules personnes qui administrent le(s) régime(s) de leur organisation.

Au-delà des exigences de la loi, nous avons une obligation professionnelle de respecter la confidentialité des renseignements personnels de chaque participant inscrit à un régime. Pour permettre l'accès au(x) régime(s) ou aux renseignements personnels de ses participants sur notre site, nous devons savoir qui doit accéder à certaines informations sur le(s) régime(s).

De votre côté, la mise en place d'une politique de confidentialité et des renseignements personnels au sein de votre organisation permet à vos employés, à qui des accès sont accordés, d'avoir une compréhension commune de l'importance de la protection de la vie privée et de renseignements personnels auxquels ils ont accès.

Qui doit remplir ce formulaire?

Le formulaire ci-joint doit être rempli par le **promoteur du (des) régime(s)** ou une personne de votre organisation qui est officiellement responsable à titre de **signataire autorisé**. Cette personne sera chargée d'autoriser Desjardins Assurances à fournir un accès approprié à votre (vos) régime(s) et aux renseignements personnels des participants aux seules personnes désignées.

Le **signataire autorisé** doit remplir les **Parties 1 et 2** de ce formulaire et le retourner à Desjardins Assurances.

Veillez conserver une copie pour vos dossiers et retourner le formulaire dûment rempli et sécurisé à

IMPORTANT: Puisque le formulaire contient des renseignements personnels, vous devez le sécuriser avant de nous le faire parvenir.
Pour plus de détails sur la sécurisation de fichiers, communiquez avec nous au 1 888 280-2447.

L'accès au(x) régime(s) et aux renseignements personnels des participants disponibles sur le site Services aux promoteurs dépendra du niveau d'accès accordé aux personnes désignées par le signataire autorisé.

Niveau d'accès	Rôle	Accès internet	Types de rapports
Accès complet : <i>Renseignements des participants et informations financières du (des) régime(s)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur du (des) régime(s) • Représentant* qui fournit des conseils <p><i>*Représentant : Cette personne peut être un intermédiaire, conseiller, consultant ou courtier. Le représentant pourrait demander à Desjardins Assurances des accès pour certains de ses employés selon la procédure mise en place par Desjardins Assurances.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de rapports • Menus informationnels • Menus liés au TED • Gestion de participants • Dossiers de participants • Historique des transactions • Extraction personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de placement • Rapport des informations manquantes • Rapport Expérience des participants • Rapport financier • Sommaire des relevés aux participants • Rapport de participation au RVER • Rapport des nouveaux participants • Rapport Cotisations des participants • Rapport des cotisations spéciales • Historique des transactions • Extraction personnalisée
Accès restreint	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur du (des) régime(s) • Représentant* qui ne fournit pas des conseils <p><i>*Représentant : Cette personne peut être un intermédiaire, conseiller, consultant ou courtier. Le représentant pourrait demander à Desjardins Assurances des accès pour certains de ses employés selon la procédure mise en place par Desjardins Assurances.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de rapports • Menus informationnels • Historique des transactions • Extraction personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de placement
Accès spécifique au rôle	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable du groupe <p><i>Cette personne ne gère pas le (les) régime(s). Elle supervise le(s) régime(s) à un haut niveau.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de rapports • Menus informationnels • Menus liés au TED • Gestion de participants • Historique des transactions • Extraction personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport de placement • Rapport des informations manquantes • Historique des transactions • Extraction personnalisée • Rapport des nouveaux participants
	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable des remises <p><i>Cette personne est responsable des remises des cotisations. Elle a accès aux seules informations sur le(s) régime(s) et non aux renseignements personnels et financiers des participants.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de rapports • Menus informationnels • Menus liés au TED • Gestion de participants • Historique des transactions • Extraction personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport des informations manquantes • Historique des transactions • Extraction personnalisée • Rapport des nouveaux participants

Partie 1

1 – INFORMATION SUR LE(S) RÉGIME(S)

Numéro du groupe		Nom du groupe	
Adresse de l'entreprise (N°, rue, bureau)		Ville	Province
			Code postal

2 – SIGNATAIRE AUTORISÉ Nouveau Existant (*Indiquer seulement le nom, le titre et la signature*)

Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	Nom (prénom et nom de famille)	
Titre			
Adresse (N°, rue, bureau)		Ville	Province
			Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur	Adresse de courriel	

À titre de signataire autorisé relativement à l'accès à l'information sur le(s) régime(s) et les renseignements personnels des participants disponibles sur le site Services aux promoteurs, j'accepte par les présentes les responsabilités suivantes :

- Je conviens d'aviser Desjardins Assurances de chaque personne autorisée à accéder à l'information sur le(s) régime(s) ou aux renseignements personnels des participants.
- Je conviens d'aviser rapidement Desjardins Assurances par écrit de tout changement apporté aux autorisations accordées qui permettent de consulter l'information sur le(s) régime(s) ou les renseignements personnels des participants.
- J'accepte la responsabilité de toute utilisation inappropriée de ces renseignements par les administrateurs et représentants autorisés, s'il y a lieu.
- Je conviens de limiter l'accès aux renseignements personnels des participants aux administrateurs et aux représentants conformément aux lois applicables à la confidentialité de tels renseignements en vigueur au Canada.
- Je confirme que tous les représentants que j'autorise à accéder au site complet fournissent des conseils aux participants du (des) régime(s).
- Je conviens que Desjardins Assurances peut changer une partie ou la totalité des services offerts dans le site Services aux promoteurs en tout temps avec ou sans préavis. Je conviens également que ce site peut ne pas être disponible par moment afin de permettre son entretien ou pour toute autre raison valide.
- J'autorise la ou les personnes indiquées dans la section 5 à accéder à toute l'information sur le(s) régime(s) et à tous les renseignements personnels des participants conformément au niveau d'accès autorisé indiqué dans cette même section et j'accepte la responsabilité de toute utilisation inappropriée des informations pouvant survenir à la suite de cet accès.

Avis de non-responsabilité: Bien que nous ayons tout tenté pour assurer la précision des renseignements contenus dans le site Services aux promoteurs, nous ne garantissons en aucun cas la précision, la pertinence ni l'intégralité de ces renseignements. Desjardins Assurances se dégage de toute responsabilité relativement à toute erreur, à toute omission ou à tout résultat découlant de l'utilisation de ces renseignements.

X _____
Signature du signataire autorisé

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

Partie 2

3 – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ POUR LEQUEL LA RÉVOCATION D'ACCÈS EST DEMANDÉE

Veuillez révoquer les accès du précédent :

Responsable du groupe Responsable des remises Employé du représentant Administrateur du régime Représentant

Prénom	Nom de famille
--------	----------------

4 – CONSENTEMENT À RESPECTER LES RÈGLES ÉTABLIES

J'accepte la responsabilité et le risque de toute utilisation inappropriée que mon accès à l'information sur le(s) régime(s) ou aux renseignements personnels des participants pourrait entraîner en conformité avec le niveau d'accès autorisé décrit dans la **section 5** de ce formulaire.

- Je conviens par les présentes de ne pas divulguer mon mot de passe et de limiter son utilisation aux activités autorisées. J'aviserai immédiatement Desjardins Assurances si je découvre ou suspecte qu'une autre personne connaît mon code d'utilisateur ou mon mot de passe, ou si je constate qu'une personne a utilisé ces derniers sans mon autorisation.
- Une partie ou la totalité des services du site Services aux promoteurs de Desjardins Assurances peut être annulée en tout temps sans préavis.
- Desjardins Assurances ne sera pas tenue responsable des pertes ni des inconvénients causés par une telle annulation.

5 – IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ POUR LEQUEL L'ACCÈS EST DEMANDÉ

Nouvel accès **Modification**

Niveau d'accès	Accès complet	Accès restreint	Accès spécifique au rôle
Ne cochez qu'un seul niveau d'accès	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Responsable du groupe <input type="checkbox"/> Responsable des remises
Prénom	Nom de famille		
Titre	Adresse de courriel		

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (sur la personne qui aura l'accès)	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Prénom de la mère
---	--------------------------------	-------------------

Complétez si l'adresse diffère de celle de la PARTIE 1 (section 2 - signataire autorisé)

Adresse (N°, rue, bureau)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

- Tous les sous-groupes **ou**
- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| No. sous-groupe Nom du sous-groupe | No. sous-groupe Nom du sous-groupe |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| No. sous-groupe Nom du sous-groupe | No. sous-groupe Nom du sous-groupe |

Avisez-moi par courriel lorsqu'un nouveau rapport est disponible en ligne.

En signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et compris les règles présentées à la section 4.

X _____
Signature

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

Niveau d'accès	Accès complet	Accès restreint	Accès spécifique au rôle
Ne cochez qu'un seul niveau d'accès	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Responsable du groupe <input type="checkbox"/> Responsable des remises
Prénom	Nom de famille		
Titre	Adresse de courriel		
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (sur la personne qui aura l'accès)			
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Prénom de la mère	

Complétez si l'adresse diffère de celle de la PARTIE 1 (section 2 - signataire autorisé)

Adresse (N°, rue, bureau)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

 Tous les sous-groupes **ou** _____ _____
No. sous-groupe Nom du sous-groupe No. sous-groupe Nom du sous-groupe _____ _____
No. sous-groupe Nom du sous-groupe No. sous-groupe Nom du sous-groupe Avisez-moi par courriel lorsqu'un nouveau rapport est disponible en ligne.

En signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et compris les règles présentées à la section 4.

X

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Niveau d'accès	Accès complet	Accès restreint	Accès spécifique au rôle
Ne cochez qu'un seul niveau d'accès	<input type="checkbox"/> Administrateur (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Responsable du groupe <input type="checkbox"/> Responsable des remises
Prénom	Nom de famille		
Titre	Adresse de courriel		
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (sur la personne qui aura l'accès)			
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Prénom de la mère	

Complétez si l'adresse diffère de celle de la PARTIE 1 (section 2 - signataire autorisé)

Adresse (N°, rue, bureau)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

 Tous les sous-groupes **ou** _____ _____
No. sous-groupe Nom du sous-groupe No. sous-groupe Nom du sous-groupe _____ _____
No. sous-groupe Nom du sous-groupe No. sous-groupe Nom du sous-groupe Avisez-moi par courriel lorsqu'un nouveau rapport est disponible en ligne.

En signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et compris les règles présentées à la section 4.

X

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Niveau d'accès	Accès complet	Accès restreint	Accès spécifique au rôle
Ne cochez qu'un seul niveau d'accès	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur du (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Responsable du groupe <input type="checkbox"/> Responsable des remises
Prénom	Nom de famille		
Titre	Adresse de courriel		
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (sur la personne qui aura l'accès)			
	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Prénom de la mère	

Complétez si l'adresse diffère de celle de la PARTIE 1 (section 2 - signataire autorisé)

Adresse (N°, rue, bureau)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

Tous les sous-groupes **ou**
 _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe
 _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe

Avisez-moi par courriel lorsqu'un nouveau rapport est disponible en ligne.

En signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et compris les règles présentées à la section 4.

X _____
Signature Date (AAAA-MM-JJ)

Niveau d'accès	Accès complet	Accès restreint	Accès spécifique au rôle
Ne cochez qu'un seul niveau d'accès	<input type="checkbox"/> Administrateur (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur (des) régime(s) <input type="checkbox"/> Représentant	<input type="checkbox"/> Responsable du groupe <input type="checkbox"/> Responsable des remises
Prénom	Nom de famille		
Titre	Adresse de courriel		
RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES (sur la personne qui aura l'accès)			
	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Prénom de la mère	

Complétez si l'adresse diffère de celle de la PARTIE 1 (section 2 - signataire autorisé)

Adresse (N°, rue, bureau)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

Tous les sous-groupes **ou**
 _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe
 _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe _____ No. sous-groupe _____ Nom du sous-groupe

Avisez-moi par courriel lorsqu'un nouveau rapport est disponible en ligne.

En signant ci-dessous, vous confirmez que vous avez lu et compris les règles présentées à la section 4.

X _____
Signature Date (AAAA-MM-JJ)