

Demande de changement de preneur

Si vous voulez seulement désigner ou changer un ou des bénéficiaires, veuillez utiliser le formulaire **Désignation ou changement de bénéficiaire (17073F)**.

Table des matières

A - Changement de preneur	2
B - Changement de nom	6
C - Désignation ou changement de bénéficiaire	6
D - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)	8
E - Déclarations et signatures	9
F - Enregistrement par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie	9
G - Accord de débit préautorisé (DPA) - Autorisation du payeur	11

Informations importantes

Si votre changement entraîne aussi un changement de payeur, veuillez fournir de nouvelles instructions de paiement en remplissant la **section G - Accord de débit préautorisé (DPA) - Autorisation du payeur** du présent formulaire.

- Lorsqu'un changement ou un ajout de preneur est effectué, une nouvelle désignation de bénéficiaire doit aussi être effectuée, à moins que votre contrat prévoie une clause spécifique à ce sujet. Si les bénéficiaires qui avaient été désignés demeurent les mêmes, vous devez les inscrire de nouveau.
- Si aucune désignation de bénéficiaire n'est effectuée lors d'un changement de preneur et que le nouveau preneur n'est pas une personne assurée, le nouveau bénéficiaire sera automatiquement le nouveau preneur désigné.
- Si aucune désignation de bénéficiaire n'est effectuée lors d'un changement de preneur et que le nouveau preneur est aussi la personne assurée, les nouveaux bénéficiaires seront automatiquement les héritiers du nouveau preneur désigné.
- Si le nouveau preneur désire conserver le même bénéficiaire, il doit le désigner de nouveau en remplissant la partie de la **section C** appropriée.
- S'il y a lieu, les protections complémentaires liées à l'invalidité, au décès ou à la perte d'emploi de l'ancien preneur seront résiliées lors du changement de preneur.
- Si le changement de preneur est demandé à la suite d'une cession qui résulte d'un jugement de divorce ou de séparation, veuillez joindre la copie du jugement.

Informations du représentant

Numéro du centre financier (usage interne)	Numéro du représentant (usage interne)

Identification du ou des preneurs actuels

Nom du ou des preneurs actuels : _____

A - Changement de preneur

A1 - Changement de preneur en faveur d'une personne physique (ou ajout d'un preneur « personne physique »)

- Veuillez identifier, dans le tableau suivant, le ou les preneurs que vous voulez nommer pour le présent contrat.
Attention : Vous devez réinscrire un preneur que vous voulez conserver.
- Si le changement ou l'ajout de preneur est effectué pour un contrat d'assurance vie avec des valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir la **section A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

Nouveau preneur 1		Nouveau preneur 2	
Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Lien avec l'assuré (obligatoire)		Lien avec l'assuré (obligatoire)	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Province	Code postal	Province	Code postal
Courriel		Courriel	
Téléphone Résidence : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____, poste : _____		Téléphone Résidence : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____, poste : _____	

A2 - Désignation ou changement de preneur subrogé

- Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour désigner ou changer un preneur subrogé.

<input type="checkbox"/> Preneur subrogé indiqué ci-dessous		<input type="checkbox"/> Preneur survivant (ne s'applique qu'aux contrats qui comptent plus d'un preneur)	
Prénom et nom du preneur subrogé		Lien avec le preneur	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse		Ville	
Province	Code postal	Téléphone	
Courriel		Résidence : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____, poste : _____	

A - Changement de preneur (suite)

A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt

- La déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie par **tout preneur** identifié dans le tableau de la **section A1** lors d'une demande de changement ou d'ajout de preneur pour un contrat d'assurance vie avec des valeurs de rachat ou une composante épargne. Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur [web](#).

Nouveau preneur 1			Nouveau preneur 2																										
<p>Veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent à vous.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'assurance sociale</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis :</p> <hr/> <p>Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos NIF. Si vous n'avez pas de NIF, choisissez l'une des trois raisons suivantes :</p> <p>Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.</p> <p>Raison B : Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.</p> <p>Raison C : Autre raison.</p>			<p>Veuillez cocher toutes les options qui s'appliquent à vous.</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'assurance sociale</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis :</p> <hr/> <p>Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos NIF. Si vous n'avez pas de NIF, choisissez l'une des trois raisons suivantes :</p> <p>Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.</p> <p>Raison B : Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.</p> <p>Raison C : Autre raison.</p>																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>Numéro d'identification fiscale</th> <th>Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.							<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>Numéro d'identification fiscale</th> <th>Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.							<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>Numéro d'identification fiscale</th> <th>Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.						
Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.																											
Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.																											
Pays de résidence aux fins de l'impôt	Numéro d'identification fiscale	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. Si « C », veuillez préciser.																											
<input type="checkbox"/> Je fournirai à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le ou les renseignements manquants à ma déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délaï de 90 jours .			<input type="checkbox"/> Je fournirai à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie le ou les renseignements manquants à ma déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délaï de 90 jours .																										

A4 - Changement de preneur en faveur d'une personne morale, d'une fiducie ou d'une autre entité

- Le terme « personne morale » peut faire référence à une compagnie ou une société par actions et le terme « autre entité », à une société de personnes ou une association.
- Pour un contrat qui comporte des protections d'assurance vie avec des valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir le formulaire **08295F**.

Nom (personne morale, fiducie ou autre entité)		Numéro (personne morale, fiducie ou autre entité)	
Lien du preneur avec l'assuré		Date de fin de l'exercice financier (MM-JJ)	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Courriel	Téléphone Travail : _____, poste : _____		

A - Changement de preneur (suite)

A5 - Changement de preneur à la suite du décès du preneur

Déclaration

Je soussigné, liquidateur majeur du preneur décédé, déclare ce qui suit :

1. Le preneur du contrat indiqué à la section « Identification du ou des preneurs actuels » dans le haut de la page 2, _____, est décédé le _____, comme en fait foi le certificat de décès présenté à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
(AAAA-MM-JJ)
2. Parmi les biens laissés par le preneur décédé se trouve le présent contrat.
3. La présente déclaration est faite en vertu de ce qui est coché ci-dessous.

Attention : Vous devez joindre à votre demande le document que vous cochez :

- **Province de Québec :** Testament Contrat de mariage La loi (Veuillez fournir les documents pertinents en l'absence de dispositions testamentaires.)
- **Provinces / territoires autres que le Québec :** Testament Certificat de nomination du fiduciaire de la succession / de la copie notariée des lettres homologuées

X

Signature du liquidateur

Nom du liquidateur (EN LETTRES MAJUSCULES)

Identification du nouveau preneur

En vertu de ce qui a été coché ci-dessus, le présent contrat est légué à la personne identifiée ci-dessous.

- Si le changement de preneur est effectué pour un contrat d'assurance vie avec des valeurs de rachat ou une composante épargne, veuillez également remplir la **section A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

Prénom		Nom
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré (obligatoire)
Adresse		Ville
Province	Code postal	Téléphone Résidence : _____ Cellulaire : _____
Courriel	Travail : _____, poste : _____	

Désistement des héritiers (applicable au Québec seulement)

- Si un ou plus d'un héritier se désiste de ses droits à l'égard du présent contrat en faveur d'un autre héritier, veuillez remplir la présente section.
- Tous les héritiers qui se désistent de leurs droits à l'égard du présent contrat doivent signer ci-dessous.

Reconnaissant qu'ils n'auront dorénavant aucun intérêt dans ledit contrat, les signataires ci-dessous se désistent de tous les droits, titres, privilèges et obligations afférents à ce contrat en faveur du nouveau preneur identifié à la section **Identification du nouveau preneur** ci-dessus.

X

Signature de l'héritier qui se désiste

Nom de l'héritier qui se désiste (EN LETTRES MAJUSCULES)

X

Signature de l'héritier qui se désiste

Nom de l'héritier qui se désiste (EN LETTRES MAJUSCULES)

X

Signature du témoin

Nom du témoin (EN LETTRES MAJUSCULES)

Date (AAAA-MM-JJ)

A - Changement de preneur (suite)

A6 - Questions obligatoires si le contrat comporte une protection d'assurance vie

- Selon la Loi de l'impôt sur le revenu, le fait de transférer la propriété d'un contrat d'assurance vie pourrait vous occasionner un gain sur police. Dans un tel cas, nous devons vous émettre un ou des feuillets fiscaux.
- Afin que nous puissions déterminer si un tel feuillet est nécessaire, vous devez répondre aux questions ci-dessous.
- Pour obtenir des précisions sur les conséquences fiscales relatives à un changement de preneur, veuillez consulter un spécialiste en fiscalité.

Directives		
Si vous-même et le nouveau preneur êtes des personnes physiques , veuillez remplir les sections 1, 3 et 4 .		
Si le nouveau ou l'ancien preneur est une personne morale (ex. : compagnie, société par actions), une société de personnes, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir les sections 2, 3 et 4 .		

1. Transfert entre personnes physiques	Oui	Non
a) Le nouveau preneur est-il votre conjoint ¹ , votre ex-conjoint ² ou votre enfant ³ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'il s'agit d'un transfert à votre ex-conjoint ² , est-il effectué en règlement des droits découlant d'un mariage ou d'une union de fait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'il s'agit d'un transfert à un enfant ³ , fait-il suite au décès de l'ancien preneur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le nouveau preneur est-il votre père, votre mère, votre beau-père, votre belle-mère, votre grand-père, votre grand-mère, votre frère, votre sœur, votre beau-frère ou votre belle-sœur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Transfert impliquant une personne morale, une société de personnes, une fiducie ou une autre entité	Oui	Non
a) Le transfert est-il effectué suite à la liquidation ⁴ d'une personne morale, qui est le preneur actuel, vers une autre personne morale qui détenait ses actions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le transfert est-il effectué suite à la fusion ⁵ d'une personne morale, qui est le preneur actuel, avec une autre personne morale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Le contrat est-il transféré par une fiducie, qui est le preneur actuel, à l'un de ses bénéficiaires en règlement de sa participation au capital ⁶ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Le transfert est-il effectué entre des personnes ayant un lien de dépendance ⁷ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Contrat transféré à titre de garantie	Oui	Non
Le contrat est-il transféré à un créancier pour servir de garantie à l'égard d'une dette ou d'un prêt (autre qu'une avance sur contrat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Transfert donnant lieu à une contrepartie
Si le preneur actuel a reçu une contrepartie ⁸ pour le transfert de propriété du contrat, veuillez indiquer la juste valeur marchande ⁹ de cette contrepartie : _____ \$
Si aucun montant n'est indiqué, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie présumera que le preneur actuel ne reçoit aucune contrepartie pour le transfert du contrat.

Notes explicatives

1. Aux fins de l'impôt, le mot « conjoint » désigne autant un conjoint de fait qu'un époux. Selon la Loi de l'impôt sur le revenu, un « conjoint de fait » est une personne qui vit une relation conjugale avec le particulier depuis au moins 12 mois ou une personne qui vit une relation conjugale avec le particulier et qui est le père ou la mère d'un enfant du particulier.
2. Aux fins de l'impôt, des époux demeurent des conjoints tant qu'ils n'ont pas divorcé, et des conjoints de fait demeurent des conjoints tant qu'ils n'ont pas vécu séparément pendant une période de 90 jours ou plus.
3. Aux fins de l'impôt, le mot « enfant » désigne un enfant, un enfant du conjoint, un enfant adopté, un petit-enfant, un arrière-petit-enfant ou le conjoint d'un enfant.
4. En vertu de l'article 88 de la Loi de l'impôt sur le revenu.
5. En vertu de l'article 87 de la Loi de l'impôt sur le revenu.
6. En vertu du paragraphe 107(2) de la Loi de l'impôt sur le revenu.
7. Il existe un lien de dépendance dans les cas suivants : Pour une personne morale ou une société de personnes : <ul style="list-style-type: none"> • lorsque le preneur actuel détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts de l'entité qui acquiert le contrat; • lorsque le nouveau preneur détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts de l'entité qui lui cède le contrat; • lorsqu'une même personne détient (directement ou indirectement) plus de 50 % des parts des deux entités. Pour une fiducie personnelle : <ul style="list-style-type: none"> • avec ses bénéficiaires. Il peut exister un lien de dépendance dans d'autres situations. Si vous ne savez pas si le présent transfert est effectué entre personnes ayant un lien de dépendance, veuillez consulter un spécialiste en fiscalité.
8. Une contrepartie comprend : <ul style="list-style-type: none"> • le montant que le nouveau preneur a versé ou s'est engagé à verser pour acquérir le contrat; ou • la valeur des actifs qu'il a transférés pour acquérir le contrat.
9. Le terme « juste valeur marchande » désigne le prix que l'on peut obtenir, compte tenu des conditions générales du marché, lors de la vente d'un bien conclue entre des parties prudentes, bien informées, libres de toute contrainte et sans lien de dépendance.

B - Changement de nom

• Veuillez joindre à votre demande les documents qui constatent le changement de nom effectué, s'il y a lieu (selon ce que vous cochez dans les sections suivantes).

B1 - Changement de nom – Personne physique

À titre de preneur du présent contrat, je demande que le nom _____ soit changé pour _____ pour la raison indiquée dans le tableau ci-dessous.

Date de naissance du preneur : _____

Raison justifiant le changement de nom

Adoption légale Changement légal de nom Erreur dans la proposition Autre – Veuillez préciser : _____

B2 - Changement de nom – Personne morale (ex. : compagnie, société par actions)

– Fiducie

– Autre entité (ex. : société de personnes, association)

À titre de personne autorisée à signer pour le preneur du présent contrat, je demande que le nom _____ soit changé pour _____ pour la raison indiquée dans le tableau ci-dessous.

Raison justifiant le changement de nom

Changement légal de nom Erreur dans la proposition Autre – Veuillez préciser : _____

C - Désignation ou changement de bénéficiaire

Informations importantes

- Une nouvelle désignation de bénéficiaire annule toute désignation précédente, mais elle ne modifie pas les désignations de bénéficiaire subrogé existantes.
- a) Si le bénéficiaire désigné est décédé et qu'aucun bénéficiaire subrogé n'a été désigné, la succession du preneur devient le bénéficiaire.
b) Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, veuillez joindre un certificat de décès.
c) Si les « héritiers » sont désignés comme bénéficiaires, cette désignation s'applique aux héritiers du preneur et non à ceux de l'assuré.

Pour la province de Québec : Si vous désignez votre conjoint (personne avec qui vous êtes légalement marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, cette désignation est automatiquement irrévocable, à moins que vous n'ayez indiqué que cette désignation est révocable. La désignation de toute autre personne est révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

Pour toutes les autres provinces et les territoires : La désignation d'un bénéficiaire est automatiquement révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

Révocable : Le terme « révocable » signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Irrévocable : Le terme « irrévocable » signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra pas être changée avant qu'elle ait atteint l'âge de la majorité.

C1 - Décès

▲ Pour un contrat comportant une protection de type « Maladies graves - propriété partagée », veuillez remplir la **section C4 - Maladies graves - propriété partagée**.

• **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 %.

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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

C - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)

C2 - Désignation ou changement de bénéficiaires subrogés

• Si un bénéficiaire indiqué dans la **section C1 - 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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

C3 - Maladies graves

• **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 %.

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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> 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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

C - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)

C4 - Maladies graves - propriété partagée

- **Directive** : Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une **personne morale**, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire de ces prestations est une **personne physique**, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province autre qu'au Québec.
- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Prestation de maladie grave					
Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Prestation de décès					
Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Prestation de santé					
Bénéficiaires	%	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 autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Nom					

D - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces 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 **C1 - Décès** et **C3 - 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		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom	Nom			
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom	Nom			

E - Déclarations et signatures

- Les déclarations **1, 2 et 3** s'appliquent à un changement de preneur.
- La déclaration **4** s'applique à la révocation d'un bénéficiaire irrévocable.

E1 - Déclarations

- Déclaration du ou des preneurs actuels** : Je soussigné déclare révoquer le ou les bénéficiaires révocables actuels sur ce contrat et me désister de tous mes droits, titres, privilèges et obligations qui se rattachent à ce contrat et demande, s'il y a lieu, l'annulation de toute garantie d'exonération des primes établie sur ma vie. Je cède mon contrat en faveur du ou des preneurs désignés à la **section A1** (preneur : personne physique) ou **A4** (preneur : personne morale, fiducie ou autre entité).
- Déclaration du ou des nouveaux preneurs** : Je soussigné consens à devenir preneur de ce contrat avec tous les droits, titres, privilèges et obligations qui s'y rattachent.
- Déclaration de tout preneur identifié à la section A1** : Je soussigné :
 - déclare 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, je dois fournir à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances ») une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
 - m'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les renseignements manquants à ma « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt » dans un délai de 90 jours.
- Déclaration du ou des bénéficiaires irrévocables à révoquer** : Je soussigné consens à ce que ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable sur ce contrat soit révoquée.

E2 - Signatures

- La ou les signatures requises en fonction du ou des changements demandés sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Changement demandé	Preneur(s) actuel(s)	Nouveau(x) preneur(s)	Bénéficiaire irrévocable à révoquer
Changement ou ajout de preneur (y compris un changement de bénéficiaire)	X	X	X
Changement de bénéficiaire seulement*	X		X
Tout autre changement qui n'est pas effectué en même temps qu'un changement ou ajout de preneur	X		

* Si le preneur n'effectue qu'un changement de bénéficiaire, il ne se désiste pas de ses droits, titres, privilèges et obligations à l'égard du présent contrat.

Preneur(s) actuel(s)

- **Personne physique :**

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du preneur actuel

Nom (EN LETTRES MAJUSCULES) du preneur actuel

X

Signature du second preneur actuel

Nom (EN LETTRES MAJUSCULES) du second preneur actuel

- **Personne morale :**

X

Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur actuel

Nom et titre (EN LETTRES MAJUSCULES) de la personne à autorisée à signer pour le preneur actuel

Nouveau(x) preneur(s)

- **Personne physique :**

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du nouveau preneur 1

Nom (EN LETTRES MAJUSCULES) du nouveau preneur 1

X

Signature du nouveau preneur 2

Nom (EN LETTRES MAJUSCULES) du nouveau preneur 2

- **Personne morale :**

X

Signature de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur

Nom et titre (EN LETTRES MAJUSCULES) de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur

Bénéficiaire irrévocable à révoquer

_____ Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du bénéficiaire irrévocable à révoquer

Nom du bénéficiaire irrévocable à révoquer (EN LETTRES MAJUSCULES)

F - Enregistrement par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie a dûment enregistré le changement demandé, mais n'assume aucune responsabilité quant à sa validité ou sa légitimité.

Enregistré par : _____

_____ Date (AAAA-MM-JJ)



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

G - Accord de débit préautorisé (DPA) - Autorisation du payeur

Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du ou des titulaires		Numéro de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Code postal
Nom et adresse de l'institution financière	Numéro de transit	Numéro de compte

Autorisation du retrait

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances ») et l'institution financière où est détenu mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant à la fréquence demandée :

Mensuelle Semestrielle Annuelle

Date du retrait* (choisir entre le 1^{er} et le 28) : _____ **Remboursement d'avance** _____ \$ (si applicable)

*** Pour un contrat d'assurance vie universelle, la date de prélèvement correspondra à la date d'établissement du contrat.**

Numéro(s) de contrat	Montant(s) à retirer
	Total (incluant le remboursement d'avance)
Instructions spéciales	

Type d'accord de DPA : Personnel Entreprise

Renonciation

Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.

Changement ou annulation

J'informerai Desjardins Assurances de tout changement à cet accord dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux annuler le présent accord à tout moment en envoyant un préavis à Desjardins Assurances dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le **www.cdnpay.ca**.

L'annulation du présent accord ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou ses contrats.

Desjardins Assurances peut annuler l'accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours au preneur. L'annulation peut notamment être effectuée lorsque des débits préautorisés sont refusés par l'institution financière, et ce, quelle que soit la raison du refus.

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans le présent accord soient divulgués à l'institution financière de Desjardins Assurances et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.

Signature(s)

Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé le présent accord.

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 le **www.cdnpay.ca**.

Signature du ou des titulaires

_____ Signature du titulaire du compte	_____ Date (AAAA-MM-JJ)
_____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	_____ Date (AAAA-MM-JJ)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.

Conseiller en sécurité financière _____

Centre financier _____



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