

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 Web **Services aux promoteurs**. Ce site est conçu pour simplifier l'administration quotidienne de votre ou vos régimes. Il fournit des informations financières et non financières détaillées sur chacun de vos 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 ou les régimes 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 à un régime ou aux renseignements personnels de ses participants sur notre site, nous devons savoir qui doit accéder à certaines informations sur le régime.

Qui doit remplir ce formulaire?

Le formulaire ci-joint doit être rempli par le **promoteur du régime** 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 ou vos régimes 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 à Desjardins Assurances – Épargne-retraite collective

**Pour nous joindre sans frais : téléphone : 1 888 280-2447 ou télécopieur : 1 877 350-8555
erc_promoteur@dsf.ca**

L'accès au(x) régime(s) et aux renseignements personnels des participants disponibles sur le **site Web 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 ou des régimes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrateur du régime • Représentant qui fournit des conseils • Employé du représentant <i>Représentant : Cette personne peut être un intermédiaire, conseiller, consultant ou courtier.</i>	<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 régime • Représentant qui ne fournit pas des conseils • Employé du représentant 	<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 <i>Cette personne ne gère pas le ou les régimes. Elle supervise le régime à un haut niveau.</i>	<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
	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable des remises <i>Cette personne est responsable des remises des cotisations. Elle a accès aux seules informations sur le ou les régimes et non aux renseignements personnels et financiers des participants.</i>	<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

Partie 1

1 – INFORMATION SUR LE RÉGIME

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 régime 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 régime ou aux renseignements personnels des participants.
- Je conviens d'aviser rapidement Desjardins Assurances par écrit de tout changement apporté à l'autorisation permettant à tout administrateur ou représentant de consulter l'information sur le régime 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 régime.
- 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 régime 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 – RÉVOQUER L'ACCÈS AU SITE SERVICES AUX PROMOTEURS

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 RÈGLEMENTS ÉTABLIS

J'accepte la responsabilité et le risque de toute utilisation inappropriée que mon accès à l'information sur le régime 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 – AUTORISER OU MODIFIER L'ACCÈS AU WEB

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 régime <input type="checkbox"/> Représentant <input type="checkbox"/> Employé du représentant	<input type="checkbox"/> Administrateur du régime <input type="checkbox"/> Représentant <input type="checkbox"/> Employé du 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 règlements indiqués à la section 4.

X _____
Signature

_____ Date (AAAA-MM-JJ)



Assurances

Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances
Épargne-retraite collective
C. P. 1355, Succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1C4

AUTORISATION RELATIVE À L'ACCÈS
À L'INFORMATION SUR LES RÉGIMES ET AUX
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PARTICIPANTS

Table with 4 columns: Niveau d'accès, Accès complet, Accès restreint, Accès spécifique au rôle. Includes checkboxes for Administrator, Representative, Employee, Group Manager, and Remission Manager.

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)

Table with 4 columns: Ville, Province, Code postal, N° de téléphone

Checkboxes for group information: Tous les sous-groupes ou, 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 règlements indiqués à la section 4.

X Signature Date (AAAA-MM-JJ)

Table with 4 columns: Niveau d'accès, Accès complet, Accès restreint, Accès spécifique au rôle. Includes checkboxes for Administrator, Representative, Employee, Group Manager, and Remission Manager.

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)

Table with 4 columns: Ville, Province, Code postal, N° de téléphone

Checkboxes for group information: Tous les sous-groupes ou, 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 règlements indiqués à la section 4.

X Signature Date (AAAA-MM-JJ)



Assurances

Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances
Épargne-retraite collective
C. P. 1355, Succ. Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1C4

AUTORISATION RELATIVE À L'ACCÈS
À L'INFORMATION SUR LES RÉGIMES ET AUX
RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DES PARTICIPANTS

Table with 4 columns: Niveau d'accès, Accès complet, Accès restreint, Accès spécifique au rôle. Includes checkboxes for Administrator, Representative, Employee, Group Manager, and Remission Manager.

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)

Table with 4 columns: Ville, Province, Code postal, N° de téléphone

Checkboxes for 'Tous les sous-groupes ou' and individual group selection (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 règlements indiqués à la section 4.

X Signature Date (AAAA-MM-JJ)

Table with 4 columns: Niveau d'accès, Accès complet, Accès restreint, Accès spécifique au rôle. Includes checkboxes for Administrator, Representative, Employee, Group Manager, and Remission Manager.

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)

Table with 4 columns: Ville, Province, Code postal, N° de téléphone

Checkboxes for 'Tous les sous-groupes ou' and individual group selection (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 règlements indiqués à la section 4.

X Signature Date (AAAA-MM-JJ)