

ENGAGEMENT À REMBOURSER DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ PAYÉES EN TROP PAR L'ASSUREUR

A - IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES.

Nom	Prénom	Numéro de compte
Adresse - N°, rue, app.		Numéro de certificat ou d'identification
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone : () -		

B - ENGAGEMENT À REMBOURSER

Je m'engage à rembourser à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, toute somme qui pourrait m'avoir été payée en trop par ladite compagnie à titre de prestations d'assurance invalidité, à la suite de l'acceptation de ma demande auprès de un ou des organismes suivants et sous réserve des dispositions du contrat d'assurance collective :

- Régie des rentes du Québec (RRQ)
- Régime de pensions du Canada (RPC)
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)
- Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA)
- Tout autre organisme gouvernemental

Je transmettrai ce remboursement à l'assureur sur réception de tout chèque provenant des organismes mentionnés ci-dessus.

De plus, en cas de décès, je reconnais devoir rembourser ces mêmes montants payés en trop à Desjardins Assurances. Cette dernière sera en droit de retenir ces montants à même le capital-décès qui sera versé à ma succession en vertu de ma protection d'assurance vie détenue avec Desjardins Assurances. Desjardins Assurances sera considérée la bénéficiaire de mon capital-décès, jusqu'à concurrence de ma dette envers elle.

Il est entendu qu'un avis de refus à une rente d'invalidité de la part des organismes mentionnés ci-dessus me libère de tout engagement de remboursement, à condition d'avoir demandé au moins une révision du dossier après le premier refus et de produire une photocopie de l'avis de refus.

Signature de l'assuré _____

Date : _____