

Numéro de contrat:

Utilisez ce formulaire pour :

> donner une nouvelle instruction liée aux dépôts :

- arrêter les dépôts
- verser un dépôt ponctuel
- réduire le montant des dépôts
- augmenter le montant des dépôts jusqu'à concurrence du dépôt annuel permis

 Allez à la **section A**

> modifier un contrat admissible :

- ajouter l'ODS
- augmenter le montant des dépôts au-delà du dépôt annuel permis

 Allez à la **section B**
A – Pour communiquer une nouvelle instruction liée aux dépôts

Veuillez cocher la case appropriée, fournir les informations de paiement à la section H, s'il y a lieu, et signer à la section M.

 Arrêter les dépôts

 Verser un dépôt ponctuel

 Réduire le montant des dépôts

 Augmenter le montant des dépôts jusqu'à concurrence du dépôt annuel permis

 → Indiquez le montant à la **section H2 – Autre paiement ou remboursement**

Montant du dépôt	
De	À
_____ \$	_____ \$
Montant annuel	Montant annuel

Si la fréquence de paiement choisie pour payer les primes du contrat est mensuelle, le montant du dépôt indiqué sera divisé par 12.

B – Pour modifier un contrat admissible
À lire avant de remplir cette section

1. Veuillez joindre une illustration au présent formulaire.
2. Si le contrat comporte une assurance conjointe et que les personnes assurées doivent remplir l'une des sections C à G, utilisez un formulaire distinct pour chaque personne assurée.
3. Si le contrat à modifier comprend une **assurance vie avec participation** admissible pour laquelle la personne assurée a fourni des preuves d'assurabilité et si, au moment de la demande :
 - > le contrat est en vigueur depuis **moins de 5 ans** :
 - ne répondez pas aux questions sur la santé et les habitudes de vie de la personne assurée (sections C à G);
 - remplissez les sections B et H et signez à la section M – le représentant doit aussi remplir la section N.
 - > le contrat est en vigueur depuis **5 ans ou plus**, ne comporte **aucune exclusion ni surprime** et que le dépôt annuel permis demandé ou l'augmentation demandée est de **moins de 100 000 \$** :
 - remplissez la section B et les suivantes.

i Consultez la section **Ajout ou modification de l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)** de la page **Administration de l'en-vigueur** sur **web** pour vérifier si le contrat à modifier respecte les **conditions d'admissibilité**. Vous trouverez également dans cette section de l'information sur le formulaire à remplir dans le cas d'un contrat établi ou à établir au moyen de l'**exercice d'un droit ou d'un privilège** ou de **tout autre contrat** à modifier.

Veuillez cocher la case appropriée et indiquer le montant demandé.

 Ajouter l'ODS à un contrat existant

 Dépôt annuel permis : _____ \$
 Montant annuel

Assurez-vous de transmettre votre demande de 30 à 60 jours avant l'anniversaire du contrat puisque l'ajout sera fait à cet anniversaire.

 Ajouter l'ODS à un nouveau contrat émis au moyen de l'exercice d'un droit ou d'un privilège

 Dépôt annuel permis : _____ \$
 Montant annuel

 Augmenter le montant des dépôts au-delà du dépôt annuel permis d'un contrat existant

Montant du dépôt annuel permis	
De	À
_____ \$	_____ \$
Montant annuel	Montant annuel

Assurez-vous de transmettre votre demande de 30 à 60 jours avant l'anniversaire du contrat puisque l'augmentation sera faite à cet anniversaire.

C – Personne assurée

⚠ ATTENTION! Tous les renseignements personnels que la personne assurée fournira dans les sections C, D, E, F et G ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant seront communiqués au preneur.

Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Taille _____ cm ou ___ pi ___ po	Poids _____ kg ou _____ lb	

Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? Oui Non

Si **non**, indiquez la langue que vous parlez et répondez à la question ci-dessous : _____

Qui vous explique le contenu de ce formulaire dans votre langue ?

(Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans le contrat.)

Votre représentant Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :

Prénom	Nom	Lien avec vous
--------	-----	----------------

D – Questions pour la personne assurée

	Oui	Non
1- Avez-vous, au cours des 12 derniers mois , fait usage de tabac ou de produits de nicotine sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigarillo, cigare, pipe, cigarette électronique, gomme ou timbres de nicotine) ou de médication antitabagique ? Si vous avez répondu non et que vous êtes un ancien fumeur, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez fait usage de tabac ou de produits de nicotine pour la dernière fois (aaaa-mm-jj) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Au cours des 10 dernières années , avez-vous, pour l'un ou l'autre des troubles de santé suivants, consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé, été avisé de subir des tests ou des examens, reçu un diagnostic ou été avisé de prendre des médicaments ou de recevoir d'autres traitements ? Si vous avez répondu oui , veuillez donner des précisions à la section E . Troubles de santé : anomalie du système immunitaire (incluant le SIDA et un test de VIH positif), cancer ou tumeur (incluant les mélanomes), diabète, hépatite ou cirrhose du foie, maladie cardiovasculaire (douleur à la poitrine, crise cardiaque, souffle au cœur, etc.), troubles cérébraux ou neurologiques (incluant un accident vasculaire cérébral / AVC), troubles de la vessie ou des reins, troubles respiratoires (incluant l'asthme et l'apnée du sommeil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Au cours des 10 dernières années , avez-vous, en raison d'un trouble de santé qui n'était pas listé à la question 2 , été admis dans un établissement de santé pendant plus de 72 heures consécutives ou été absent de votre travail pendant plus de 4 semaines consécutives ? (Veuillez répondre non si votre absence résulte d'un congé de maternité ou de paternité.) Si vous avez répondu oui , veuillez donner des précisions à la section E .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Avez-vous eu ou avez-vous actuellement des malaises, des symptômes ou des troubles de santé que vous n'avez pas mentionnés auparavant et pour lesquels : vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou pour lesquels vous êtes en attente d'une consultation; vous avez été avisé d'avoir recours à un médicament, de subir une opération, des tests ou des examens qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels vous êtes en attente de résultats ? Si vous avez répondu oui , veuillez donner des précisions à la section E .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Au cours des 10 dernières années , avez-vous fait usage de cannabis ? Si vous avez répondu oui , veuillez indiquer le type d'usage que vous en avez fait, la quantité consommée et la fréquence de consommation à la section F .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Au cours des 10 dernières années , avez-vous fait usage de drogues, autres que le cannabis, ou d'opioïdes non prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé ? Si vous avez répondu oui , veuillez préciser le type de drogue ou d'opioïde dont vous avez fait usage, la quantité consommée et la fréquence de consommation à la section F .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E – Renseignements importants à fournir en complément aux questions D–2, D–3 et D–4

Malaise, symptôme ou trouble de santé	Date (aaaa-mm-jj)	Nom du médicament ou traitement	Résultats et état actuel	Nom et adresse du médecin consulté ou de l'établissement de santé

F – Renseignements importants à fournir en complément aux questions D–5 et D–6

Question D–5 – Usage de cannabis	Quantité	Fréquence	Période d'utilisation (aaaa-mm-jj)	
Veuillez cocher l'option qui s'applique à votre situation : <input type="checkbox"/> Usage récréatif <input type="checkbox"/> Usage médical <input type="checkbox"/> Usage récréatif et médical			De:	À:
Question D–6 – Type de drogue ou d'opioïde	Quantité	Fréquence	Période d'utilisation (aaaa-mm-jj)	
			De:	À:
			De:	À:

G – Identification du médecin personnel de la personne assurée

Prénom et nom du médecin

Adresse (N°, rue, app.)		Ville		
Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)	
Raison et résultats de la dernière consultation				

H – Paiement de l'assurance

- i** Veuillez remplir cette section :
- pour ajouter l'ODS au contrat ou augmenter le montant des dépôts au-delà du dépôt annuel permis;
 - pour changer le mode de paiement ou la fréquence de paiement du contrat à modifier.

H1 – Paiement du contrat à modifier**Information sur la prime et le dépôt**Fréquence de paiement : Mensuelle Annuelle Semestrielle

i Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt au même moment que le paiement de la prime.

Prime et dépôt selon la fréquence de paiement choisie :

Prime : _____ \$

Dépôt : _____ \$

Total de la prime et du dépôt : _____ \$

Choix du mode de paiement

! Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

 Débits préautorisés – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**. **Carte de crédit** – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.**Important :** La carte de crédit peut être utilisée pour payer le **total de la prime et du dépôt sur une base annuelle seulement** (maximum de 10 000 \$)._____
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit**X**_____
Signature du titulaire de la carte de crédit_____
Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.


 Chèque – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.**Important :** Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **semestrielle** ou **annuelle**.**H2 – Autre paiement ou remboursement**

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard du contrat à modifier.

Type de paiement ou de remboursement	Mode de paiement
<input type="checkbox"/> Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » : _____	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

i Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.

I – Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne assurée

 Cet avis concerne seulement la **personne assurée**, si elle a eu à remplir l'une des sections C à G.

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



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

J – Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

 Ce consentement concerne seulement la **personne assurée**, si elle a eu à remplir l'une des sections C à G.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'examen médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Au près de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés ?


Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant ci-dessous, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

 **Veillez signer à la page suivante**

J – Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances (suite)

Signé à (ville, province ou territoire)

Personne assurée âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____ Date (aaaa-mm-jj)

Signature de la personne assurée

Si la personne assurée a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

_____ **X** _____

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) Signature Date (aaaa-mm-jj)

K – Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

Ce consentement concerne :

- chaque **preneur « personne physique »**
- la **personne assurée**, si elle a eu à remplir l'une des sections C à G.

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant cette section :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

 **Veillez signer à la page suivante**

K – Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins (suite)_____
Signé à (ville, province ou territoire)

Preneur(s)

Prénom et nom du preneur « personne physique »  **X** _____
Signature du preneur Date (aaaa-mm-jj)_____
Prénom et nom du second preneur « personne physique », s'il y a lieu  **X** _____
Signature du second preneur Date (aaaa-mm-jj)Personne assurée âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec) **X** _____
Signature de la personne assurée Date (aaaa-mm-jj)Si la personne assurée a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)_____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____
Signature Date (aaaa-mm-jj)

L – Autorisation relative à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant

- i** • Cette autorisation concerne seulement la **personne assurée**, si elle a eu à remplir l'une des sections C à G.
- Il n'est pas obligatoire de remplir cette section lorsque vous transmettez ce formulaire. Toutefois, la personne assurée devra nous donner une telle autorisation si vous nous demandez de communiquer des renseignements personnels sur celle-ci à votre représentant pendant ou après l'étude de votre demande.

Remarque : L'emploi du terme « représentant » dans le présent formulaire fait référence au représentant avec qui le preneur fait affaire.

Identification de la personne assurée

Prénom et nom

Date de naissance (aaaa-mm-jj)

- 1- J'autorise Desjardins Assurances à fournir à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à ceux qu'elle leur transmettrait habituellement dans le cadre du processus d'évaluation de ma demande d'assurance. **Ces renseignements pourraient permettre à mon représentant de m'offrir une assurance mieux adaptée à ma situation et d'expliquer les décisions prises en matière de sélection.**

Par « renseignements personnels complémentaires », on entend, entre autres, des précisions sur :

- des résultats d'examen médicaux et d'épreuves de laboratoire;
 - ma santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou ma participation à des programmes de réhabilitation;
 - l'information découverte sur ma santé dans le cadre de l'évaluation de ma demande d'assurance, même si cette information m'était alors inconnue;
 - mes antécédents professionnels et ma situation financière;
 - une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires;
 - une infraction au Code criminel, etc.
- 2- En signant la présente autorisation, je reconnais que :
- j'en ai pris connaissance et que j'en comprends l'objet et la portée;
 - je permets à Desjardins Assurances de communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à mon sujet;
 - Desjardins Assurances se réserve le droit de ne pas communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier certains renseignements personnels complémentaires de nature hautement confidentielle;
 - je peux annuler cette autorisation en tout temps en appelant chez Desjardins Assurances, au **1 877 315-8484**;
 - cette autorisation demeurera valide jusqu'à 60 jours après la dernière des dates suivantes :
 - la date à laquelle Desjardins Assurances apportera une modification à un contrat existant;
 - la date à laquelle Desjardins Assurances m'offrira de modifier un contrat existant; ou
 - la date à laquelle Desjardins Assurances m'enverra un avis d'annulation, de refus ou de report de ma demande d'assurance.

Les personnes suivantes ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer :

- la personne assurée âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec);
- la personne autorisée à signer au nom de la personne assurée âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec).

Personne assurée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X

Signature de la personne assurée

Date (aaaa-mm-jj)

Personne assurée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec)

Pour cette personne, la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Prénom et nom du signataire pour la personne assurée (en lettres majuscules)

X

Signature

Date (aaaa-mm-jj)

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Veuillez la retourner à Desjardins Assurances par télécopieur, au **1 800 941-4861**.



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

M – Déclarations et autorisations

- Chaque preneur doit faire les déclarations applicables ci-dessous et signer à la fin de cette section.
- La personne assurée doit faire les déclarations applicables ci-dessous et signer à la fin de cette section seulement si elle a eu à remplir l'une des sections C à G.

1. Si l'une des sections C à G a dû être remplie :

- Le preneur et la personne assurée déclarent que toutes les réponses et les déclarations qu'ils ont fournies dans le présent formulaire, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes. Ils comprennent que toutes ces réponses et déclarations serviront de base pour la modification du contrat.
De plus, ils comprennent que tous les renseignements supplémentaires recueillis par Desjardins Assurances en lien avec l'assurabilité de la personne assurée dans le cadre de l'étude de cette demande (questionnaires, examens, tests, entrevues téléphoniques, etc.) serviront aussi de base à la modification du contrat.
- Le preneur et la personne assurée s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans l'assurabilité de la personne assurée entre la date de signature du présent formulaire et la date de prise d'effet de la modification demandée. Un tel changement peut comprendre, par exemple :
 - Un changement dans l'état de santé
 - Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
 - Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
 - Une recommandation de prendre un rendez-vous ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu
 - Un test médical ou une recommandation de subir un test médical, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
 - Un accident
 - Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
 - Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
 - Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
 - Une infraction au Code criminel
 - Etc.
- Le preneur et la personne assurée reconnaissent que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à la consommation de tabac ou de produits de nicotine, peut entraîner l'annulation de la modification demandée.
- La personne assurée accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans le présent formulaire, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, soient communiqués au preneur.
- La personne assurée reconnaît qu'elle a reçu et lu la **section I – Avis relatif au MIB, LLC**.

2. Le preneur et la personne assurée ont lu la présente section avant de la signer.

3. Si le preneur demande d'ajouter l'ODS au contrat ou d'augmenter le montant des dépôts au-delà du dépôt annuel permis, il reconnaît :

- a) que le produit lui a été bien décrit et que la modification demandée lui a été bien expliquée;
- b) que toute exclusion applicable lui a été clairement expliquée;
- c) qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs associées à la modification demandée et les caractéristiques de l'ODS.

 **Veillez signer à la page suivante**

M – Déclarations et autorisations (suite)

Signé à (ville, province ou territoire)

Preneurs – personnes physiques

_____ **X** _____
Prénom et nom du preneur (en lettres majuscules) Signature du preneur Date (aaaa-mm-jj)

_____ **X** _____
Prénom et nom du second preneur, s'il y a lieu (en lettres majuscules) Signature du second preneur Date (aaaa-mm-jj)

Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité

Nom du preneur « personne morale, fiducie ou autre entité »

_____ **X** _____
Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du preneur « personne morale, fiducie ou autre entité » Signature de la personne autorisée à signer au nom du preneur « personne morale, fiducie ou autre entité » Date (aaaa-mm-jj)

Personne assurée âgée de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____
Signature de la personne assurée Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne assurée a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

_____ **X** _____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) Signature Date (aaaa-mm-jj)

Consentement relatif à la modification du contrat, s'il y a lieu

Je soussigné, _____, en tant que

bénéficiaire irrévocable du contrat créancier ayant pris une garantie sur le contrat

déclare que je consens à toute modification mentionnée à la **section B** du présent formulaire.

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature du créancier ayant pris une garantie sur le contrat

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable Date (aaaa-mm-jj)

N – Informations du représentant

i À remplir seulement si le preneur demande d'ajouter l'ODS au contrat ou d'augmenter le montant des dépôts au-delà du dépôt annuel permis.

Prénom et nom du représentant (en lettres majuscules)	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		

X _____
Signature du représentant cochez si stagiaire Date (aaaa-mm-jj)

QUÉBEC SEULEMENT – Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel			

X _____
Signature du superviseur (au Québec seulement) Date (aaaa-mm-jj)