

- Affaires nouvelles
 Modification majeure

Référence :

Contrat :

Proposition

SOLO Essentiel Assurance salaire

Table des matières

A - Personne à assurer	2
B - Emploi	2
C - Prérequis pour SOLO Essentiel Assurance salaire	2
D - Prérequis pour la protection Maladie	3
E - Admissibilité à la protection Maladie	3
F - Examens demandés par le représentant	5
G - Revenu annuel	5
H - Assurance en vigueur	5
I - Protections demandées	5
J - Bénéficiaire pour la protection Mort ou mutilation accidentelle	6
K - Paiement et prime	6
L - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels	8
M - Avis relatif au MIB, Inc. et Gestion des renseignements personnels	8
N - Déclarations et autorisations	9
O - Informations et déclaration du représentant	10

D - Prérequis pour la protection Maladie

Avez-vous déjà consulté, reçu des conseils ou été traité pour ce qui suit :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Crise cardiaque, accident vasculaire cérébral ou toute maladie ou tout trouble des vaisseaux sanguins du cœur ou du cerveau? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Maladie de Parkinson, sclérose en plaques, paralysie, infirmité motrice cérébrale, maladie de Lou Gehrig (sclérose latérale amyotrophique ou SLA), chorée de Huntington, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, schizophrénie ou toute maladie ou tout trouble du cerveau ou du système nerveux? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Emphysème, lupus, cirrhose hépatique, pancréatite alcoolique, maladie polykystique des reins, fibrose kystique, SIDA, para-SIDA (maladie liée au SIDA), ou résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute maladie ou tout trouble du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « **Oui** » à au moins l'une de ces questions, vous n'êtes pas admissible à la protection Maladie de ce produit.

Veillez indiquer votre taille : _____ cm ou _____ pouces

Veillez indiquer votre poids : _____ kg ou _____ livres

En fonction de votre taille, si votre poids est plus petit que le poids minimal ou plus grand que le poids maximal de la table ci-dessous, vous n'êtes pas admissible à la protection Maladie.

Taille		Poids minimal		Poids maximal	
(pieds)	(cm)	(livres)	(kg)	(livres)	(kg)
4' 10" - 4' 11"	147 - 151	90	40	195	88
5' 0" - 5' 2"	152 - 158	97	44	205	93
5' 3" - 5' 4"	159 - 163	105	48	225	102
5' 5" - 5' 6"	164 - 168	108	49	230	104
5' 7" - 5' 8"	169 - 173	114	51	245	111
5' 9" - 5' 10"	174 - 179	120	54	250	113
5' 11" - 6' 0"	180 - 184	128	58	270	122
6' 1" - 6' 2"	185 - 189	135	61	280	127
6' 3" - 6' 4"	190 - 194	143	64	300	136
6' 5" - 6' 7"	195 - 201	150	68	310	140

E - Admissibilité à la protection Maladie

E1 - Identification du médecin personnel

- Indiquez les coordonnées du médecin qui détient le dossier médical de la personne à assurer.

Nom du médecin	
Adresse	Téléphone
Date de la dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	Raison et résultats de la dernière consultation

E2 - Antécédents familiaux

Avez-vous dans votre famille (père, mère, frères, sœurs) des antécédents de cancer, de maladie polykystique des reins, de chorée de Huntington ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

E - Admissibilité à la protection Maladie (suite)

E3 - Habitudes de consommation

Faites-vous usage de :	Si « Oui », indiquer la quantité par semaine.	En avez-vous fait un plus grand usage au cours des 5 dernières années? Si « Oui », expliquez les raisons du changement et la quantité consommée.
Boissons alcoolisées? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Narcotiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres drogues? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

E4 - Dossier judiciaire

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'actes ou d'infractions criminels ou des accusations sont-elles actuellement en instance contre vous?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

E5 - Troubles de santé spécifiques

1. Avez-vous déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants? Oui Non
Si « **Oui** », veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Cancer, tumeur (maligne ou bénigne), polype, kyste ou trouble des glandes lymphatiques	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques (incluant angine de poitrine, douleur thoracique, souffle cardiaque)	<input type="checkbox"/>
Diabète ou dérèglement thyroïdien	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>
Céphalées chroniques, migraines, épilepsie, convulsions, étourdissement, syncope ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins, de la prostate ou des organes reproducteurs	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité et la névrite optique, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>
Ischémie cérébrale transitoire (ICT), hypertension ou trouble du système circulatoire	<input type="checkbox"/>	Faiblesse musculaire, engourdissement ou picotement des membres	<input type="checkbox"/>
Troubles de la colonne vertébrale, du cou ou du dos (incluant douleur, entorse, étirement, sciatique ou maladie discale)	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux (incluant œsophage, estomac, pancréas, intestins, foie ou vésicule biliaire), ulcère, saignement interne ou colite	<input type="checkbox"/>
Troubles du nez ou de la gorge (incluant la perte de la parole)	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires ou des os (incluant arthrite et ostéoporose)	<input type="checkbox"/>
Troubles rénaux, de la vessie, des voies urinaires ou des organes génitaux (incluant sang ou sucre dans les urines)	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques, du genou, de la cheville, du pied, de la hanche, du poignet, du coude, de l'épaule ou des articulations (incluant malformations et amputations)	<input type="checkbox"/>
Tuberculose, apnée du sommeil ou autres troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires, bronchite, toux persistante ou chronique, essoufflement ou asthme	<input type="checkbox"/>

2. Consultez-vous présentement un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel de la santé ou prenez-vous des médicaments? Oui Non

3. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des symptômes, des malaises ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou avez-vous été avisé de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou êtes-vous en attente des résultats? Oui Non

4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou subi une blessure qui a entraîné une absence du travail de plus de dix jours consécutifs? Oui Non

Si vous avez répondu « **Oui** » aux questions des **sections E4 et E5**, veuillez donner des détails complets et précis ci-dessous. Veuillez indiquer le numéro de la question, les symptômes, le diagnostic, la date de traitement, la durée de chaque épisode et les médecins vous ayant traités. De plus, veuillez indiquer les absences du travail et si la réhabilitation est complète. Si vous n'êtes pas complètement rétabli, veuillez indiquer les problèmes persistants, les traitements, les séqueles ou les suivis. Veuillez également, s'il y a lieu, détailler les actes ou infractions criminels.

No.	Détails

F - Examens demandés par le représentant

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, veuillez ne rien indiquer.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Élite, avisez la firme paramédicale qu'il s'agit d'un tel dossier.

Firme paramédicale			
<input type="checkbox"/> MedAxio	<input type="checkbox"/> Hooper Holmes/Portamédic	<input type="checkbox"/> QUS	<input type="checkbox"/> Autre :
Examens demandés			
<input type="checkbox"/> Examen paramédical	<input type="checkbox"/> Profil sanguin	<input type="checkbox"/> Urine	

G - Revenu annuel

Employé		Salaire de l'année en cours		
		\$		
Employé à la commission		Revenu d'emploi annuel (revenu net déclaré dans votre T1 : ligne 135 à 143)		
		\$		
Travailleur autonome ou associé : maximum entre 100% de (1) et 50% de (2)	Revenu d'emploi annuel (1) (revenu net déclaré dans votre T1 : ligne 135 à 143)		Chiffre d'affaires brut annuel (2) (selon la part détenue)	
	\$			Chiffre d'affaires \$
Propriétaire d'une compagnie constituée en personne morale (inc.) : maximum entre 100% de (1) et 50% de (2)	Revenu annuel de l'entreprise (1) (selon la part détenue)		OU	
	Salaire	\$		Coût des marchandises vendues - \$
	Profit ou (perte) de l'entreprise +	\$		Salaires et charges sociales (sauf de l'assuré) - \$
	Total =	\$		Total = \$
Rente mensuelle maximale d'après le Tableau de rente mensuelle maximale		=	\$(A)	
Montant total d'assurance invalidité individuelle ou collective en vigueur (y compris les produits de DSF)		=	\$(B)	
Rente mensuelle admissible (A-B)		=	\$(C)	

H - Assurance en vigueur

Est-ce que cette proposition vise à remplacer une protection établie par notre compagnie ou une autre compagnie? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement selon les règles de votre province, si nécessaire.

Détenez-vous des protections de Mort ou mutilation accidentelle en vigueur? Oui Non

Si « **Oui** », quel est le montant total d'assurance en vigueur que vous détenez a) chez DSF : _____ b) avec d'autres compagnies : _____

I - Protections demandées

SOLO Essentiel Assurance salaire	Type de couverture		Période d'attente			Période d'indemnisation		Rente mensuelle*
	24 heures	Non relié à l'emploi	0 jour	30 jours	120 jours	5 ans	à 70 ans	
Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Maladie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
Fracture accidentelle	<input type="checkbox"/>							
Mort ou mutilation accidentelle	<input type="checkbox"/> 100 000 \$		<input type="checkbox"/> 200 000 \$		<input type="checkbox"/> 300 000 \$		<input type="checkbox"/> 400 000 \$	<input type="checkbox"/> 500 000 \$

* Par tranche de 100 \$ avec un minimum de 500 \$. La rente mensuelle ne peut dépasser la rente mensuelle admissible au point (C) de la **section G**

Dans le cas d'une modification majeure, veuillez préciser les changements :

J - Bénéficiaire pour la protection Mort ou mutilation accidentelle

Prénom et nom du bénéficiaire	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe	Statut
		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <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 et nom du fiduciaire pour un bénéficiaire mineur*	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe	
		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

*Provinces autres que le Québec

K - Paiement et prime

Le paiement de la prime sera fait par « Retrait direct (DPA) ». Utiliser seulement un compte de chèques ou d'épargne avec opérations. Faire signer par le titulaire du compte à la portion DPA de la section N de la page 9.

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

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

Autorisation de retrait

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « DSF ») et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant indiqué ci-dessus à la fréquence demandée :

Mensuelle Semestrielle Annuelle

Jour de retrait (choisir entre le 1^{er} et le 28) : _____

Montant de la prime : _____ \$

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.

DSF 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.

Changement ou annulation

J'informerai DSF de tout changement au présent accord dans les dix (10) jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

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 cet accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

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

Je peux obtenir un formulaire d'annulation ou 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.

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

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

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



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



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

L - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

1. à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., des compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
2. à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;

3. à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait et dont l'objet est accompli;
4. à communiquer à mon médecin personnel, **Section E1 (page 3)**, tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
5. à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance.
6. à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

X _____
Date (AAAA-MM-JJ)

X _____
Signature de la personne à assurer

M - Avis relatif au MIB, Inc. - À remettre au preneur

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de DSF en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le **416 597-0590**. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au **330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7**.

Par ailleurs, DSF ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.

Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

DSF 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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

LE PARAGRAPHE QUI SUIT NE S'APPLIQUE QUE SI LE PRÉSENT FORMULAIRE EST SOUMIS PAR UN REPRÉSENTANT DE DSF OU UN REPRÉSENTANT AFFILIÉ À DSF.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez DSF.

N - Déclarations et autorisations

1. La personne à assurer déclare que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, à sa connaissance. Il en va de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Elle accepte que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats.
2. La personne à assurer s'engage à aviser DSF de tout changement dans ses conditions d'assurabilité avant la formation du contrat. Par « condition d'assurabilité », on entend toute situation qui peut influencer la décision de DSF, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi ou les habitudes de vie, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical 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 qui n'a pas encore eu lieu ou une infraction au Code criminel.
3. La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
4. La personne à assurer reconnaît :
 - a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des protections choisies lui a été bien précisée;
 - b) que les limitations et exclusions applicables à cette ou ces protections lui ont été clairement expliquées;
 - c) que le représentant lui a communiqué par écrit, le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages.
5. La personne à assurer reconnaît :
 - a) que toute déclaration inexacte peut entraîner l'annulation du contrat;
 - b) qu'elle a lu la **Section M - Avis relatif au MIB, Inc. et Gestion des renseignements personnels (page 8)** et qu'elle en a reçu une copie.
6. La protection Accident prend effet à la date de la signature de la proposition d'assurance par la personne à assurer (ou, si la proposition est signée le 29, le 30 ou le 31 du mois, le 1er du mois suivant), à condition que la prime initiale soit payée à DSF.
7. Si la protection Maladie est souscrite à la même date que la protection Accident, elle prendra effet à la date d'acceptation de cette protection par DSF, le tout sous réserve que la prime initiale soit payée à DSF et que toutes les conditions pour que le document Solo Essentiel Assurance salaire – Maladie puisse vous être délivré soient remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception et l'acceptation de toutes les modifications, avenants et exclusions requis pour la police, signés par la personne à assurer dans le délai imparti par DSF.
8. En cas d'ajout de protection ou de modification d'une police existante, l'ajout ou la modification prendra effet à la date d'acceptation de la demande par DSF, le tout sous réserve que la prime afférente à l'ajout ou à la modification soit payée à DSF et que toutes les conditions pour que la documentation afférente à l'ajout ou à la modification puisse vous être délivrée soient remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception et l'acceptation de toutes les modifications, avenants et exclusions requis pour la police, signés par la personne à assurer dans le délai imparti par DSF.
9. La personne à assurer est le preneur du contrat et elle a lu la présente section avant de la signer.

X

Signé à (ville, province)

X

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature de la personne à assurer

Accord relatif au débit préautorisé (DPA) .

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée et selon la période et les montants indiqués à la **Section K** du présent formulaire. De plus, je reconnais avoir lu les conditions relatives au DPA à la **Section K** du présent formulaire et dans la mesure du possible, je recevrai une copie de l'autorisation signée. Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

X

Signature du titulaire du compte

X

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature du second titulaire
(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

X

Date (AAAA-MM-JJ)

Consentement relatif aux modifications majeures pour la protection Mort ou mutilation accidentelle, s'il y a lieu.

Je soussigné(e), _____, en tant que

bénéficiaire irrévocable créancier ayant pris une garantie sur le contrat
du contrat à modifier, déclare que je consens à toute modification du présent document.

X

Signature du ou des bénéficiaires irrévocables

X

Signature du créancier ayant pris une garantie sur le contrat

X

Signature du ou des bénéficiaires irrévocables

X

Date (AAAA-MM-JJ)

O - Informations et déclaration du représentant

Rémunération : de carrière accélérée

Le représentant déclare :

1. que la personne à assurer a lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
2. qu'il a personnellement vu la personne à assurer;
3. qu'il a communiqué par écrit à la personne à assurer le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages;
4. qu'il a déclaré par écrit à la personne à assurer tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

X _____
Signature du représentant

X _____
Date (AAAA-MM-JJ)