

MAI 2022

Proposition de contrat

Intermédiaire/ prête-nom

FONDS DE PLACEMENT GARANTI – HELIOS2

Renseignements additionnels

Liste des numéros de fonds et exigences de dépôt minimal

Veillez noter que vous pouvez trouver la liste complète des numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal dans la grille des fonds (20105F) au webi.ca. Le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement sous Liens utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Elle conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier de ses différents services financiers (assurance, rentes, crédit, etc.). Ces renseignements ne sont consultés que par les employés 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. Pour ce faire, vous devez transmettre une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels :

Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 ou renseignements.personnels@dsf.ca.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour informer ces derniers de ses promotions ou leur offrir de nouveaux produits. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Pour ce faire, vous devez transmettre une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF.

DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certaines activités spécifiques dans le cours normal de ses affaires. Il est donc possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés à un autre pays et qu'ils soient assujettis aux lois de ce pays. Vous pouvez 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 son site à l'adresse suivante : desjardinsassurancevie.com ou en écrivant au Responsable de la protection des renseignements personnels. Ce dernier pourra également répondre à vos questions concernant le transfert des renseignements personnels à des fournisseurs de service à l'extérieur du Canada.



Assurances

Vie • Santé • Retraite

1150, rue de Claire-Fontaine
Québec (Québec) G1R 5G4
Téléphone : 1 877 647-5435
Télécopieur : 1 888 926-2987
Courriel : fpgserviceclients@dsf.ca

Grid for Courtier, Succursale, Conseiller

Fonds de placement garanti (FPG)

À l'usage exclusif de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Numéro du contrat :

Proposition de contrat Helios2

DIRECTIVES : Utiliser ce formulaire pour établir un nouveau contrat au nom d'un intermédiaire/prête-nom.

1. Intermédiaire/prête-nom

Indiquez votre choix :

Form for selecting intermediary/prête-nom and account number

2. Type de contrat

Indiquez le type de régime avec l'intermédiaire ou le prête-nom :

Si le contrat est dans un compte d'intermédiaire ou de prête-nom, il est automatiquement détenu dans un régime non enregistré chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Form for selecting contract type (enregistré/non enregistré) and investment objectives

Cette question est obligatoire si le contrat est dans un compte non enregistré de prête-nom ou d'intermédiaire, conformément aux exigences de la législation fédérale.

3. Renseignements sur le titulaire bénéficiaire

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire doivent aussi être les titulaires du compte d'intermédiaire ou de prête-nom.

Si le titulaire bénéficiaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie, veuillez remplir la section « Rentier ».

Si le titulaire bénéficiaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie, veuillez remplir la section « Procuration/Renseignements sur le signataire autorisé » et le formulaire 08295F « Formulaire complémentaire de vérification d'identité » disponible au webi.ca.

Si le titulaire bénéficiaire a habilité un particulier à donner des directives en son nom (p. ex. : au moyen d'une procuration), veuillez remplir la section « Procuration / Renseignements sur le signataire autorisé » et fournir une copie du document de la procuration.

Sexe : H F Langue : Français Anglais Personne : Physique Morale

Date de naissance grid

Nom de famille du titulaire bénéficiaire Prénom Initiales

Numéro d'assurance sociale

Nom de l'organisation Numéro fédéral d'entreprise ou de fiducie

Numéro provincial d'entreprise ou de fiducie (Québec seulement)

Adresse

Téléphone au domicile

Ville Province Pays Code postal

Téléphone au travail

Important

Profession (Information exigée par la législation fédérale.) État civil

Adresse de courriel

Citoyenneté

Form for citizenship and identification options

Titulaire bénéficiaire - Vérification d'identité :

Le conseiller soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du titulaire bénéficiaire, conformément à la législation fédérale, en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre.

Veuillez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.

Titulaire bénéficiaire - Obligatoire (Comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom seulement) - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt :

Comme exigé par les lois fédérales, veuillez remplir tous les champs applicables. En remplissant cette section et en signant cette Proposition, le titulaire bénéficiaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Form for identity verification (Lieu de délivrance, N° de la pièce, Date d'expiration, Date de vérification)

Êtes-vous une personne résidente d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada aux fins de l'impôt (y compris une personne résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou une personne de citoyenneté américaine)?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la section suivante.

Si vous n'avez pas le numéro d'identification fiscale (NIF) d'une juridiction en particulier, veuillez indiquer la raison en choisissant l'une des options suivantes :

- Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison B : Ma juridiction de résidence pour l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.
Raison C : Autre raison.

Table with 3 columns: Nom du pays de résidence, NIF, Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C.

3a. Renseignements sur le cotitulaire bénéficiaire (comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom seulement)

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire doivent être conjoints mariés, conjoints unis civilement ou conjoints de fait. Si le contrat comporte un cotitulaire bénéficiaire, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire sont présumés les Rentiers, à moins d'indication contraire à la section 4. Si aucun Rentier n'est désigné à la section 4, la prestation au décès sera versée à la suite du décès du survivant. Si un Rentier est désigné à la section 4, la prestation au décès sera versée à la suite du décès de ce Rentier.

Sexe : H F Langue : Français Anglais Personne : Physique Morale

Date de naissance grid and social insurance number

Nom de famille du cotitulaire bénéficiaire Prénom Initiales

3a. Renseignements sur le cotitulaire bénéficiaire (comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom seulement)

Cotitulaire bénéficiaire - Vérification d'identité : Le conseiller soussigné certifie qu'il a vérifié l'identité du cotitulaire bénéficiaire, conformément à la législation fédérale, en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre. **Vous devez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.** Si le cotitulaire bénéficiaire a habilité un particulier à donner des directives en son nom (p. ex. : au moyen d'une procuration), veuillez remplir la section « Procuration/Renseignements sur le signataire autorisé » et fournir une copie du document de la procuration.

Cotitulaire bénéficiaire - Obligatoire (Comptes non enregistrés d'intermédiaire ou de prête-nom seulement) - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt : Comme exigé par les lois fédérales, veuillez remplir tous les champs applicables. En remplissant cette section et en signant cette Proposition, le cotitulaire bénéficiaire confirme sa résidence aux fins de l'impôt.

Nom de l'organisation		Numéro fédéral d'entreprise ou de fiducie		Numéro provincial d'entreprise ou de fiducie (Québec seulement)	
Adresse					
Ville		Province	Pays	Code postal	Téléphone au domicile
Important					
Profession (Information exigée par la législation fédérale.) Soyez précis, les termes génériques, comme « directeur », « conseiller », ou « président », ne suffisent pas.			État civil		Adresse de courriel
Citoyenneté					
<input type="checkbox"/> Permis de conduire		<input type="checkbox"/> Passeport		<input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier)	
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie provinciale (Interdite en Ontario, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard)		<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté			
Important		Important		Important	
Lieu de délivrance ou territoire		N° de la pièce d'identification		Date d'expiration	Date de vérification

Êtes-vous une personne résidente d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada aux fins de l'impôt (y compris une personne résidente des États-Unis aux fins de l'impôt ou une personne de citoyenneté américaine)?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir la section suivante.
Si vous n'avez pas le numéro d'identification fiscale (NIF) d'une juridiction en particulier, veuillez indiquer la raison en choisissant l'une des options suivantes :


Raison A : Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un mais je ne l'ai pas encore reçu.
Raison B : Ma juridiction de résidence pour l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.
Raison C : Autre raison.

Nom du pays de résidence	NIF	Si vous n'avez pas de NIF, veuillez indiquer la raison A, B ou C. (si raison C, veuillez préciser)

4. Rentier, si différent du titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire (compte non enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom seulement)

Veuillez remplir si le Rentier est différent du titulaire bénéficiaire /cotitulaire bénéficiaire, ou si le titulaire bénéficiaire est une personne morale, une organisation ou une fiducie. Le Rentier est la personne au décès de laquelle la prestation au décès est payable. Dans le cas d'un compte enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom, le Rentier est toujours le titulaire bénéficiaire.

Sexe : H F

Nom de famille	Prénom	Initiales	
Adresse			Numéro d'assurance sociale
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone
Relation avec le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire			

5. Bénéficiaire au décès du Rentier

Veuillez remplir uniquement si le contrat est détenu dans un compte non enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom.

Si vous joignez une liste de Bénéficiaires, elle doit comprendre le nom de famille, le prénom, la quote-part (%) et la relation de chaque Bénéficiaire. De plus elle doit être datée et signée par le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire.

Si vous désignez un Bénéficiaire à titre irrévocable, il devra autoriser par écrit toutes les opérations et tous les changements de régime.

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire sont responsables de s'assurer que les désignations de Bénéficiaire sont valablement faites.

Dans le cas d'un contrat détenu dans un compte enregistré d'intermédiaire ou de prête-nom, le Bénéficiaire est automatiquement le fiduciaire dudit compte au profit du titulaire du compte d'intermédiaire ou de prête-nom qui devrait également être le titulaire bénéficiaire. Dans le cas d'un contrat détenu dans un compte d'intermédiaire ou de prête-nom (enregistré ou non), la prestation au décès du Rentier sera versée au prête-nom ou à l'intermédiaire en fiducie pour le Bénéficiaire ou la succession.

Tous les Bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire.

Au Québec : Si vous désignez votre conjoint marié ou votre conjoint uni civilement comme Bénéficiaire, vous devez spécifier qu'il s'agit d'un Bénéficiaire RÉVOCABLE, faute de quoi il sera Bénéficiaire irrévocable. Veuillez cocher la case suivante s'il s'agit d'un Bénéficiaire RÉVOCABLE . **Bénéficiaire principal**

Nom de famille	Prénom	Quote-part %	Lien*
Nom de famille	Prénom	Quote-part %	Lien *
Nom de famille	Prénom	Quote-part %	Lien *
Si mon Bénéficiaire principal décède avant le rentier, je désigne mon Bénéficiaire subsidiaire pour recevoir la prestation au décès du Rentier.			
Nom de famille	Prénom	Quote-part %	Lien *

*avec le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire (résidents du Québec) ou le(s) Rentiers (résidents hors-Québec)

6. Source des fonds

- Chèque personnel _____ \$
- Prélèvement unique de _____ \$
(remplir la section DPA)
- Transfert d'un produit de Desjardins Sécurité financière, compagnie Numéro de compte : _____ \$
d'assurance vie (veuillez fournir une copie des documents de transfert)
- Transfert d'une autre institution financière _____ \$
(veuillez fournir une copie des documents de transfert)
Nom de l'institution _____ \$
Nom de l'institution _____ \$
Nom de l'institution _____ \$

7. Garanties et renseignements sur les placements

Veuillez inscrire le numéro du ou des fonds que vous avez choisis.

Le numéro d'un fonds indique le fonds, la série de Parts, l'option de frais et la garantie concernés.

Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement-sous-liens-utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Pour les DPA, le montant minimal initial est de 50 \$ par mois et de 25 \$ par fonds.

Veuillez joindre un chèque personnel portant la mention « Annulé ».

Pour établir un accord de débits préautorisés (DPA), veuillez remplir la section « Accord de débits préautorisés (DPA) – Autorisation du payeur »

Numéro du fonds	Dépôt unique (montant ou pourcentage)	Débits préautorisés (DPA) (montant ou pourcentage)	Numéro d'ordre électronique

Date et fréquence de paiement : Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle Bimensuelle (le 1^{er} et le 15 de chaque mois)
 Toutes les deux semaines Toutes les semaines

Date de début :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

8. Programme de retraits systématiques (PRS)

Tous les retraits seront versés à l'Intermédiaire/au prête-nom.

Le montant brut est le montant net auquel sont additionnés l'impôt et les taxes retenus ainsi que les frais

Consultez la grille des fonds (20105F) pour les numéros de fonds et les exigences de dépôt minimal, disponible au webi.ca. Le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire peut trouver ce document sur le site Web de Desjardins Assurances à l'adresse desjardinsassurancevie.com/fr/epargne-individuelle/fonds-de-placement-garanti/nos-options-de-placement-sous-liens-utiles, ou demander une copie papier de ce document à son conseiller.

Numéro du fonds	PRS (montant ou %)	Numéro du fonds	PRS (montant ou %)
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Date et fréquence de paiement : Annuelle Semestrielle Trimestrielle Mensuelle Bimensuelle (le 1^{er} et le 15 de chaque mois)
 Toutes les deux semaines Toutes les semaines

Date de début :

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Les versements seront déposés dans un délai de traitement de trois jours ouvrables suivant la date choisie.

Je choisis (Nous choisissons) : _____ \$ par intervalle. Indiquez si ce montant est
 Brut (Par défaut si aucun choix n'est indiqué) OU
 Net

9. Renseignements sur le conseiller

Veuillez écrire le ou les noms en lettres moulées.

Nom du courtier (fournisseur des services)

Nom du conseiller ou du stagiaire
(Le terme « stagiaire » ne s'applique qu'au Québec.)

Détermination quant aux tiers :

Le conseiller soussigné indique, conformément à la législation fédérale, s'il a des motifs raisonnables de croire que le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire agit au nom d'un tiers.

En signant ici, le conseiller confirme qu'il détient le permis approprié, qu'il a divulgué tout conflit d'intérêts et qu'il a soigneusement examiné la pertinence du produit pour les besoins du titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire. Le conseiller confirme également qu'il pourrait recevoir une rémunération si la présente proposition est acceptée par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et qu'il est possible qu'il reçoive plus tard une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de commissions de suivi ou de congrès. Enfin, le conseiller confirme qu'il a examiné la ou les pièces d'identité originales et valides.

Le conseiller a-t-il des motifs raisonnables de croire que le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire agit selon les instructions d'un tiers?

Oui Non Si « Oui », il doit remplir et joindre le formulaire « Détermination quant aux tiers » (21024F), disponible au webi.ca.

Nom du maître de stage
(Québec seulement)

Signature du maître de stage
(Québec seulement)

Signature du conseiller ou du stagiaire

Date

10. Procuration/ Renseignements sur le signataire autorisé

Cette section doit être remplie lorsqu'une personne est habilitée à donner des instructions à l'égard d'un contrat détenu par une autre personne physique, une personne morale, une fiduciaire ou une autre entité auprès de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Veuillez fournir les renseignements sur une page séparée, le cas échéant.

Obligatoire : Joindre le document donnant le pouvoir d'agir (p. ex. : procuration, résolution, etc.)

Signataire autorisé - Vérification d'identité :

Le conseiller certifie qu'il a vérifié l'identité du signataire autorisé en examinant l'une ou l'autre des pièces d'identité ci-contre.

Veillez inscrire le numéro du document. Un document expiré n'est pas valide.

Signature de la personne agissant au nom du titulaire bénéficiaire ou cotitulaire bénéficiaire.

11. Entente, déclarations et reconnaissance

Les documents Contrat et notice explicative et Aperçus des fonds contiennent des renseignements importants que vous devriez lire avant d'effectuer des placements. Ils contiennent des dispositions relatives au Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière - Helios2, des renseignements sur les placements, les faits saillants financiers ainsi que les aperçus des fonds pour chacun des Fonds de placement garanti de Desjardins Sécurité financière (DSF FPG).

Le Rentier est tenu de consentir à être la vie-mesure et signer cette section. Si le Rentier est mineur au moment de la demande, cette section devra être signée par son représentant légal.

Si cette section est signée par une personne agissant au nom du titulaire bénéficiaire, veuillez également remplir la section « Procuration/Renseignements sur le signataire autorisé ».

Si cette section est signée par une personne agissant au nom du cotitulaire bénéficiaire, veuillez également remplir la section « Procuration/Renseignements sur le signataire autorisé ».

Veillez spécifier si vous agissez au nom du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire (cocher la case appropriée).

Titulaire bénéficiaire Cotitulaire bénéficiaire

Nom de famille du signataire autorisé		Prénom	
Adresse			
Ville	Province/État Important	Code postal	
Pays	Profession Soyez précis, les termes génériques comme « directeur », « conseiller » ou « président » ne suffisent pas.		
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement (veuillez spécifier)	
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie provinciale (Interdite en Ontario, au Manitoba, en Nouvelle-Ecosse et à l'Île-du-Prince-Édouard)	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté		
Important	Important	Important	Important
Lieu de délivrance ou territoire	N° de la pièce d'identification	Date d'expiration	Date de vérification
Nom du signataire autorisé (en lettres moulées)		Signature du signataire autorisé	Date

S'il y a un cosignataire autorisé, veuillez utiliser un formulaire d'adhésion additionnel, remplir toute la section relative au signataire autorisé et le soumettre avec la Proposition de contrat.

Par la présente, je demande (nous demandons) l'établissement d'un contrat en vertu du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière - Helios2 selon les modalités et conditions du contrat courant des Fonds de placement garanti de Desjardins Sécurité financière - Helios2 et j'accepte (nous acceptons) de payer les frais qui y sont stipulés.

La présente proposition est assujettie à l'acceptation de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF). Tout dépôt additionnel sera assujéti à la même acceptation.

Je déclare (Nous déclarons) que toutes mes (nos) réponses et déclarations relatives à la présente proposition sont complètes et véridiques.

Je déclare (Nous déclarons) que les dépôts qui sont ou qui seront effectués en vertu du présent contrat ne sont pas ou ne seront pas effectués pour le compte d'un tiers. Je m'engage (Nous nous engageons) à aviser DSF si des dépôts sont effectués ultérieurement en vertu de ce contrat pour le compte d'un tiers.

Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir lu et compris la page « Renseignements additionnels ».

Je (Nous), le titulaire bénéficiaire (Nous), le titulaire bénéficiaire reconnais (reconnaissons) avoir reçu et lu le document intitulé « Contrat et notice explicative - Fonds de placement garanti Helios2 » et le document intitulé « Aperçus des fonds - Fonds de placement garanti Helios2 ». Je reconnais/Nous reconnaissons avoir eu l'option de demander une copie papier de ces documents et avoir reçu telle copie si je me suis prévalu (nous nous sommes prévalus) de cette option. Je reconnais (Nous reconnaissons) avoir reçu une description appropriée du produit, les aperçus des fonds pertinents et des explications claires relativement à ce qui est garanti ou non en vertu de ce contrat avant d'investir.

Je confirme (Nous confirmons) que les renseignements contenus dans la section « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt » de ce formulaire sont exacts et complets. Je fournirai (Nous fournirons) un nouveau formulaire à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) dans les 30 prochains jours si ces renseignements ne sont plus exacts et complets.

Je (Nous), le titulaire bénéficiaire et, le cas échéant, le cotitulaire bénéficiaire comprends (comprenons) que la protection potentielle à l'égard des créanciers peut être rendue caduque si le contrat est détenu au nom d'un prête-nom ou d'un intermédiaire, du fiduciaire du compte de prête-nom ou de l'intermédiaire autorisé ou d'une personne qui n'est pas le titulaire bénéficiaire.

Je (Nous), le titulaire bénéficiaire et, le cas échéant, le cotitulaire bénéficiaire autorise (autorisons) la société à envoyer le contrat et tout autre document ou toute correspondance au prête-nom ou à l'intermédiaire et à accepter les instructions données par le prête-nom ou l'intermédiaire visant à effectuer les opérations financières et non financières se rapportant au contrat y compris, entre autres, pour souscrire un contrat de rente, et approuver les dépôts, les retraits, les échanges de Parts et les transferts d'instruments de placement, mais non les désignations de Bénéficiaire, conformément à mes instructions et aux dispositions du contrat. J'autorise (Nous autorisons) en outre la société à accepter les dépôts à des fins de placement dans le cadre de ce contrat et à payer les montants de retrait partiel et total demandés par le prête-nom ou l'intermédiaire directement au prête-nom ou à l'intermédiaire, et je comprends (nous comprenons) que la société ne sera pas tenue responsable des instructions fournies par le prête-nom ou l'intermédiaire ni des actions qu'elle prendra en conséquence.

Le prête-nom ou l'intermédiaire déclare qu'il s'est assuré et qu'il s'assurera que toute instruction visant les opérations financières et non financières qu'il a demandée ou demandera d'effectuer est et sera appuyée par une autorisation appropriée, signée par le propriétaire et, selon le cas, le copropriétaire et le Bénéficiaire irrévocable indiqué à la section 5 ci-dessus.

Dans toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec : En désignant un cotitulaire bénéficiaire, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire reconnaissent que le type de propriété est qualifié de « propriété conjointe avec droits de survie ». Au décès du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire, à condition qu'il ou elle ne soit pas le Rentier unique, tous ses droits et toutes ses obligations découlant du contrat seront transférés à l'autre.

Pour la province de Québec seulement : En désignant un cotitulaire bénéficiaire, le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire reconnaissent et conviennent qu'ils se désignent mutuellement à titre de titulaire subrogé du contrat. Au décès du titulaire bénéficiaire ou du cotitulaire bénéficiaire, à condition qu'il ou elle ne soit pas le Rentier unique, tous ses droits et toutes ses obligations découlant du contrat seront transférés à l'autre.

Si le Rentier n'est pas le titulaire bénéficiaire/cotitulaire bénéficiaire : En apposant ma signature ci-dessous, à titre de Rentier, je consens à être la vie-mesure pour les besoins du calcul de la prestation au décès du Rentier et de toutes les autres garanties dans le cadre de ce contrat.

Le titulaire bénéficiaire et le cotitulaire bénéficiaire déclarent être soit conjoints de fait, conjoints mariés ou conjoints unis civilement au moment de la demande.

Signé à _____ Date _____

Signature du titulaire bénéficiaire

Signature du cotitulaire bénéficiaire
(le cas échéant)

Signature du Rentier
(s'il n'est pas le titulaire bénéficiaire)

Signature de l'intermédiaire/du prête-nom

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) – AUTORISATION DU PAYEUR**1. Nom du titulaire du compte**

Remplir cette section seulement si le Titulaire du contrat est différent du titulaire du compte bancaire.

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		
Ville	Province	Code postal

2. Autorisation relative aux retraits

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou tout autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever le montant indiqué ci-dessous conformément à mes instructions.

IMPORTANT : Veuillez joindre un chèque personnalisé portant la mention « ANNULÉ ».

Nom de l'institution financière auprès de laquelle le compte est détenu		
Numéro de l'institution	Numéro de transit	Numéro du compte (y compris le chiffre de contrôle)
Date de début : J J M M A A A A		

Un montant fixe de _____ \$ (minimum de 50 \$ par mois) devant être déposé dans mon contrat de fonds de placement garanti, selon la fréquence suivante :

- toutes les semaines toutes les deux semaines bimensuelle (le 1^{er} et le 15 de chaque mois) mensuelle
 trimestrielle semestrielle annuelle

Un montant unique de _____ \$

Type d'accord de DPA Personnel/Individuel 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 DSF de tout changement au présent accord au moins 10 jours ouvrables avant le prochain retrait.

Je peux révoquer mon autorisation en tout temps au moyen d'un avis d'au moins dix jours ouvrables. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de Paiements Canada, au paiements.ca. Je dégage mon institution financière de toute responsabilité si mon annulation n'est pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. DSF peut annuler cet accord de DPA en fournissant un avis de 30 jours au Titulaire du contrat. Cet accord peut également être annulé si l'institution financière refuse les débits préautorisés pour toute raison.

J'atteste que toutes les personnes dont la signature est nécessaire au fonctionnement du compte mentionné ci-dessus ont signé la présente autorisation.

3. Remboursement

Je dispose de certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. 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 la présente entente de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site paiements.ca.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

4. Consentement relatif à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion aux DPA soient communiqués à mon institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement liée et nécessaire à la mise en œuvre appropriée des règles applicables aux DPA.

5. Signature du ou des titulaires du compte

En signant ci-dessous, vous reconnaissez que vous avez lu et que vous autorisez les débits préautorisés (DPA) décrits ci-dessus.

Signature du titulaire du compte	Date
Signature du second titulaire (Seulement si deux signatures sont requises)	Date

Desjardins, un nom qui inspire confiance!

Le Mouvement Desjardins est le premier groupe financier coopératif au Canada et l'une des institutions financières les mieux capitalisées au pays.

Le Mouvement Desjardins jouit d'excellentes cotes de crédit comparables à celles de plusieurs grandes banques canadiennes et même internationales. Cela lui vaut notamment d'être reconnu parmi les institutions financières les plus solides dans le monde selon le magazine *The Banker*.

desjardinsassurancevie.com



Les documents Contrat et notice explicative et *Aperçus des fonds* contiennent des renseignements importants sur les caractéristiques du Régime de fonds de placement garanti Desjardins Sécurité financière – Helios2 et les Fonds de placement garanti DSF. De plus, le document Contrat et notice explicative comprend des termes définis. Nous vous conseillons de lire ces documents attentivement avant de souscrire un contrat.

Les Fonds de placement garanti DSF sont établis par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Helios2 et Fonds de placement garanti DSF sont des marques de commerce déposées de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins Assurances et son logo sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec, employées sous licence.



Ce document est imprimé sur du papier Rolland Enviro.

100 %