

Demande de modification mineure

Remplir le formulaire **EN LETTRES MAJUSCULES**.

Instructions

Veillez inscrire le numéro de contrat et le nom de l'assuré ou du rentier avant la section **A**.

Pour :

1. Un changement de preneur ou l'ajout d'un copreneur, remplir les sections **A** et **J** et suivre les instructions pour une désignation ou une modification de bénéficiaire;
2. Désigner ou changer un bénéficiaire pour une assurance vie et épargne, remplir les sections **B** et **J**;
3. Désigner ou changer un bénéficiaire pour une assurance soins de longue durée, remplir les sections **C** et **J**;
4. Désigner ou changer un bénéficiaire pour une assurance maladies graves et protections santé, remplir les sections **D** et **J**;
5. Désigner ou changer un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur, remplir les sections **E** et **J**;
6. Désigner ou changer un preneur subrogé, remplir les sections **F** et **J**;
7. Désigner ou changer un bénéficiaire subrogé, remplir les sections **G** et **J**;
8. Un changement de nom d'un particulier ou d'une personne morale, remplir les sections **H** et **J**.
9. Un changement de preneur suite au décès du preneur actuel, remplir la section **I** et suivre les instructions pour un changement de preneur.
10. Retourner le formulaire au complet.

Informations du représentant

Numéro du centre financier (usage interne)	Numéro du représentant (usage interne)

Informations importantes

CHANGEMENT DE PRENEUR(S)

Lors d'un changement de preneur, **s'il n'y a aucune désignation de bénéficiaire**, les héritiers légaux du nouveau preneur seront indiqués.

Si le nouveau preneur **désire conserver le même bénéficiaire**, il doit le désigner de nouveau en remplissant la section appropriée.

Si le preneur révoqué ou le nouveau preneur est une personne morale (compagnie, entreprise, société, coopérative ou fiducie), une des directives suivantes doit être appliquée : inclure une copie de la résolution autorisant le signataire pour l'entité concernée OU une copie de la déclaration corporative la plus récente auprès des autorités provinciales. Veuillez également remplir le formulaire 08295F - Renseignements supplémentaires pour les personnes morales et autres entités.

S'il y a lieu, les garanties complémentaires liées à l'invalidité, au décès ou à la perte d'emploi de l'ancien preneur seront annulées.

Pour une cession résultant d'un jugement de divorce ou de séparation, joindre la copie du jugement.

JUSTE VALEUR MARCHANDE

Le terme juste valeur marchande (JVM) est défini comme le prix que l'on peut obtenir, compte tenu des conditions générales du marché, lors de la vente d'un bien conclue entre des parties prudentes, bien informées, libres de toute contrainte et sans lien de dépendance.

LIEN DE DÉPENDANCE

En règle générale, pour un contrat détenu par une personne, un transfert est considéré être effectué entre personnes ayant un lien de dépendance lorsque le nouveau preneur est un ascendant ou un descendant du preneur actuel ou qu'il est lié à celui-ci par les liens du sang, un mariage ou une adoption.

Pour les contrats détenus par une personne morale, un transfert est habituellement réputé être effectué entre personnes ayant un lien de dépendance lorsque le preneur actuel possède une participation majoritaire dans l'entité dont il deviendra le nouveau propriétaire ou vice-versa.

Pour un transfert entre personnes ayant un lien de dépendance, le coût de base rajusté (CBR) aux fins de l'impôt sur le revenu équivaut à la valeur de rachat de la police à la date du transfert, sans égard à la contrepartie, s'il y a lieu, payée relativement à ce transfert.

Pour un transfert sans lien de dépendance, le CBR est rajusté à la contrepartie payée. Si aucune contrepartie n'a été payée pour un transfert sans lien de dépendance, le CBR est alors rajusté à la valeur de rachat (présumée être la juste valeur marchande).

Si vous ne savez pas si le présent transfert est effectué entre personnes ayant ou non un lien de dépendance, veuillez consulter un **professionnel en fiscalité**, car cela pourrait avoir d'importantes répercussions fiscales.

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié (marié ou uni civilement) à titre de bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.

Hors Québec (provinces et territoires) : La présente désignation de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.

- **Révocable** : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.
- **Irrévocable** : signifie que la désignation du bénéficiaire ne peut être changée sans son consentement. **La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.**

Toute nouvelle désignation de bénéficiaire résilie toutes les désignations précédentes, mais n'affecte pas les désignations de bénéficiaire subrogé existantes.

Dans le cas d'une institution financière désignée à titre de bénéficiaire, précisez le nom de l'institution financière et indiquez que cette dernière est bénéficiaire jusqu'à concurrence du solde du prêt et inscrivez le numéro et la date du prêt. L'excédent du solde dû est réparti selon le % de répartition des autres bénéficiaires.

Si le bénéficiaire désigné est décédé, sa succession sera indiquée si aucun bénéficiaire subrogé n'a été désigné.

Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.

Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il n'est pas majeur.

Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, joindre un certificat de décès.

La désignation « Héritiers légaux » s'applique aux héritiers du preneur et non à ceux de la personne assurée.

La répartition relative à tous les bénéficiaires de chaque assuré doit totaliser 100 %.

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT D'UN FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR

Pour la province de Québec, dans la section « Prénom et nom du bénéficiaire » indiquez le nom de la fiducie, par exemple « Fiducie Julie Smith ».

NOTE IMPORTANTE : **Pour la province de Québec**, cette section sert à informer Desjardins Sécurité financière de la désignation ou du changement de fiduciaire auquel vous devez avoir procédé par ailleurs à l'occasion d'un testament fiduciaire ou d'un acte de fiducie. Conséquemment, la présente section ne peut avoir pour effet de désigner ou de changer ce fiduciaire au Québec, et ne sert qu'à titre indicatif.

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DU PRENEUR SUBROGÉ

Le preneur subrogé deviendra le nouveau preneur de la police en cas de décès du preneur actuel.

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ

Si le bénéficiaire d'un assuré décède avant celui-ci, le bénéficiaire subrogé remplacera ce bénéficiaire.

Numéro du contrat	Prénom et nom du preneur 1 ou du rentier	Prénom et nom du preneur 2 ou du rentier
-------------------	--	--

A - Changement de preneur ou ajout d'un copreneur (pour ajout de copreneur, inscrire les deux preneurs)

A1 - Nouveau(x) preneur(s) - particulier(s)

Prénom		Prénom	
Nom		Nom	
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Lien de parenté avec l'assuré ou le rentier (obligatoire)		Lien de parenté avec l'assuré ou le rentier (obligatoire)	
Numéro d'assurance sociale		Numéro d'assurance sociale	
Adresse		Adresse	
Ville		Ville	
Province	Code postal	Province	Code postal
Courriel		Courriel	
Téléphone	Rés.	Téléphone	Rés.
	Trav.		Trav.
	Cell.		Cell.
	Poste		Poste

A2 - Nouveau(x) preneur(s) - personne morale

(Remplir aussi le formulaire 08295F - Renseignements supplémentaires pour les personnes morales et autres entités.)

Nom de la personne morale	Lien avec l'assuré ou le rentier	N° de l'entité	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Courriel	Téléphone	Poste	
	Trav.		

A3 - Questions obligatoires

(Aux fins de l'impôt sur le revenu, veuillez remplir ce qui suit pour un changement de preneur relatif à un contrat qui comporte une protection d'assurance vie.)

1. a) Le nouveau preneur est-il l'ex-conjoint* de l'ancien preneur? Si « Oui », le transfert fait-il suite à un jugement, une ordonnance ou un accord écrit? S'il n'y a pas de jugement, d'ordonnance ou d'accord écrit, quelle est la valeur de la contrepartie juste valeur marchande (JVM)**? (Vous devez indiquer le montant même si celui-ci est nul.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	\$
b) Le nouveau preneur est-il le conjoint*, l'enfant* ou le petit-enfant* de l'ancien preneur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c) Le nouveau preneur est-il le père, la mère, le grand-père, la grand-mère, le frère ou la soeur de l'ancien preneur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Si le changement de preneur concerne une personne morale (ex.: une compagnie), remplir cette section. a) Le transfert est-il effectué entre personnes ayant un lien de dépendance*? (Voir les détails à la section « Informations importantes ».)	<input type="checkbox"/> Oui *** <input type="checkbox"/> Non	\$
b) Si « Non », quelle est la valeur de la contrepartie (JVM)**? (Vous devez indiquer le montant même si celui-ci est nul.)		\$
3. Ce contrat est-il donné en garantie ou en hypothèque mobilière?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
* Tel qu'il est défini par la Loi de l'impôt sur le revenu.		
** Aux fins des lois fiscales, Desjardins Sécurité financière utilisera le plus élevé entre la valeur de rachat à la date de réception ou la JVM, comme l'a spécifié le client.		
*** Si « Oui », aux fins des lois fiscales, Desjardins Sécurité financière utilisera la valeur de rachat à la date de réception de la demande de modification.		

B - Désignation ou changement de bénéficiaire(s) - Assurance vie et Épargne

Prénom et nom	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le preneur ou le rentier (au Québec) Lien avec l'assuré (hors Québec)	Sexe	Statut
Assuré 1 ou rentier				<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
				<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
Assuré 2 ou rentier				<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
				<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
Assuré 3 ou rentier				<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
				<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

C - Désignation ou changement de bénéficiaire(s) - Assurance soins de longue durée

Type de prestation	Prénom et nom	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le preneur ou le rentier (au Québec) Lien avec l'assuré (hors Québec)	Sexe	Statut
PRESTATION SANTÉ	Assuré 1				<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
	Assuré 2				<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
	Assuré 3				<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
PRESTATION DE DÉCÈS (S'IL Y A LIEU)	Assuré 1				<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
	Assuré 2				<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
	Assuré 3				<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

D - Désignation ou changement de bénéficiaire(s) - Assurance maladies graves et protection santé

Type de prestation	Prénom et nom	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le preneur ou le rentier (au Québec) Lien avec l'assuré (hors Québec)	Sexe	Statut
MONTANT D'ASSURANCE MALADIES GRAVES	Assuré 1				<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
	Assuré 2				<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
	Assuré 3				<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
PRESTATION DE DÉCÈS (S'IL Y A LIEU)	Assuré 1				<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
	Assuré 2				<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
	Assuré 3				<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
PRESTATION SANTÉ	Assuré 1				<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
	Assuré 2				<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
	Assuré 3				<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

E - Désignation ou changement d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur

Prénom et nom de l'assuré	Prénom et nom du fiduciaire	Date de naissance du fiduciaire (AAAA-MM-JJ)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire	Sexe du fiduciaire
Prénom et nom du bénéficiaire 1				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom et nom du bénéficiaire 2				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom et nom du bénéficiaire 3				<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

F - Désignation ou changement du preneur subrogé (l'incidence fiscale sera considérée au moment de l'événement)

Prénom et nom du preneur subrogé		Lien de parenté avec le preneur ou le rentier		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse		Ville		Province	
Code postal		Téléphone Rés.		Cell.	
Courriel		Trav.		Poste	

G - Désignation ou changement du bénéficiaire subrogé

Prénom et nom	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le preneur ou le rentier (au Québec) Lien avec l'assuré (hors Québec)	Sexe	Statut
Assuré 1 ou rentier				<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
Assuré 2 ou rentier				<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
Assuré 3 ou rentier				<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

H - Changement de nom d'un particulier ou d'une personne morale (joindre le document juridique, s'il y a lieu)

Je soussigné, preneur du contrat, demande que le nom

soit changé pour Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

à la suite : d'une adoption légale (document ci-joint) d'un changement légal de nom (document ci-joint) d'une erreur dans la proposition

autre, précisez :

I - Changement de preneur à la suite du décès du preneur

Je soussigné, majeur, déclare ce qui suit (toutes les personnes concernées doivent signer la présente déclaration) :

- Le preneur du contrat précité, , est décédé le (AAAA-MM-JJ) comme en fait foi le certificat de décès présenté à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie;
- Parmi les biens laissés par le preneur décédé se trouve la police précitée;
- 3A) Hors Québec (provinces et territoires) - la présente déclaration est faite en vertu : du certificat de nomination du fiduciaire de la succession / Copie notariée des lettres homologuées.
- 3B) Province de Québec seulement - la présente déclaration est faite en vertu : du testament (joindre le document) du contrat de mariage (joindre le document)
 de la loi (en l'absence de dispositions testamentaires, joindre les documents pertinents) autre, précisez :

En vertu du document précité, ledit contrat est légué à :

Prénom et nom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Prénom et nom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

I - Changement de preneur à la suite du décès du preneur (suite)

Suite de 3B

DÉSISTEMENT DES HÉRITIERS - SI UN OU PLUS D'UN HÉRITIER DÉSIRE SE DÉSISTER DE SES DROITS À L'ÉGARD DU PRÉSENT CONTRAT EN FAVEUR D'UN AUTRE HÉRITIER, VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE CI-DESSOUS.

Reconnaissant qu'ils n'auront dorénavant aucun intérêt dans ledit contrat, les signataires ci-dessous se désistent de tous les droits, titres, privilèges et obligations afférents à ce contrat en faveur de :

Nom du ou des nouveaux preneurs

et

Signature de l'héritier qui se désiste (au Québec seulement)

Nom de l'héritier qui se désiste (LETTRES MAJUSCULES)

et

Signature de l'héritier qui se désiste (au Québec seulement)

Nom de l'héritier qui se désiste (LETTRES MAJUSCULES)

et

Signature du témoin

Nom du témoin (EN LETTRES MAJUSCULES)

Date (AAAA-MM-JJ)

J - Déclarations et signatures

LES DÉCLARATIONS 1 ET 2 S'APPLIQUENT À UN CHANGEMENT DE PRENEUR.

LA DÉCLARATION 3 S'APPLIQUE À UN CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE.

- DÉCLARATION DU OU DES PRENEURS ACTUELS** : Je, soussigné, déclare révoquer le ou les bénéficiaires révocables actuels et me désister de tous mes droits, titres et obligations en vertu du contrat et demande, s'il y a lieu, l'annulation de toute garantie d'exonération de primes établie sur ma vie. Je cède mon contrat en faveur du ou des preneurs désignés à la section A.
- DÉCLARATION DU OU DES NOUVEAUX PRENEURS** : Je, soussigné, consens à devenir preneur de ce contrat avec tous les droits, titres, privilèges et obligations s'y afférents.
- DÉCLARATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES RÉVOQUÉS** : Je, soussigné, consens à ce que ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable de l'assurance soit révoquée.

Signature du preneur 1 actuel (individu)

Signature du nouveau preneur 1 (individu)

Signature du preneur 2 actuel (individu)

Signature du nouveau preneur 2 (individu)

Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur actuel (personne morale/autre entité)

et

Nom et titre (EN LETTRES MAJUSCULES) de la personne autorisée à signer pour le preneur actuel (personne morale/autre entité)

Signature de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur (personne morale/autre entité)

et

Nom et titre (EN LETTRES MAJUSCULES) de la personne autorisée à signer pour le nouveau preneur (personne morale/autre entité)

Signature du bénéficiaire irrévocable

et

Nom du bénéficiaire irrévocable (EN LETTRES MAJUSCULES)

Signature du créancier hypothécaire

et

Nom du créancier hypothécaire (EN LETTRES MAJUSCULES)

Signature du liquidateur (si décès)

et

Nom du liquidateur (si décès) (EN LETTRES MAJUSCULES)

Signature du témoin

et

Nom du témoin (EN LETTRES MAJUSCULES)

Date (AAAA-MM-JJ)

K - Enregistrement par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le ou les changements ont dûment été enregistrés par la compagnie. Toutefois, celle-ci n'assume aucune responsabilité quant à leur validité ou à la légitimité de la présente demande.

Enregistré par
Date (AAAA-MM-JJ)