



Demande de rachat total ou partiel, de transfert interne – de commutation, Épargne

Contrat n° : _____ Proposition n° : _____

Représentant : _____ Code : _____
nom en lettres moulées

Rentier : _____

Rachat total de fonds

Je demande l'annulation de ce contrat et le remboursement de la valeur de rachat s'il y a lieu. Ayant fait ce choix, je reconnais qu'à compter de la date de cette demande, n'avoir plus aucun droit à l'égard de ce contrat et que celui-ci n'est plus en vigueur. S'il y a lieu, l'enregistrement sera annulé et les retenues à la source qu'exige la loi seront déduites de la valeur de rachat.

Rachat partiel de fonds

Échéance : _____

Je demande à ce qu'une somme brute de _____ \$ soit retirée de mon contrat afin de m'en verser le produit net après déduction de toute retenue à la source qu'exige la loi s'il y a lieu. Je désire recevoir la somme nette de _____ \$ et que le montant de retenue à la source, correspondant au retrait demandé, soit prélevé sur la valeur accumulée de ce retrait.

Transfert interne (rachat ou annulation à la suite d'un remplacement) **Période garantie** : _____

J'ai fait proposition à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie pour remplacer ce contrat et je demande l'annulation ou le rachat de ce dernier dès la prise d'effet de mon nouveau contrat. Cette demande devient nulle si Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie refuse ma proposition.

J'autorise le transfert de la valeur de rachat du ou des anciens contrat(s) sur la (les) nouvelle(s) proposition(s). Si je ne suis pas le preneur du nouveau contrat, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à verser au nouveau preneur de ce contrat tout excédent de la valeur de rachat, s'il y a lieu. **POUR UN CONTRAT DE RENTE ENREGISTRÉ, LE PRENEUR ET LE RENTIER DOIVENT ÊTRE LES MÊMES SUR LES DEUX (2) CONTRATS.**

Je reconnais qu'à compter de la date de cette demande le contrat prend fin et est résilié de plein droit.

Commutation totale ou partielle - Rente de retraite, contrat n° : _____
(à l'exception d'une rente prescrite)

Je soussigné(e) demande le paiement de la valeur commuée totale ou partielle de _____ \$ de mon contrat précité.

S'il y a lieu, l'enregistrement sera annulé et les retenues à la source qu'exige la loi seront déduites de la valeur commuée.

Dans le cas d'une commutation totale, je reconnais qu'à compter de la date de cette demande, le contrat prend fin et est résilié de plein droit.

Type de rente

Rente certaine Rente viagère ou réversible

Je désire que le calcul de la valeur commuée soit effectué AVEC SÉLECTION DU RISQUE. Je joins à cet effet un chèque de 85 \$ ou de 170 \$ dans le cas d'une rente réversible. Cette somme représente les frais de la tarification ⁽¹⁾.

Veillez compléter la partie «déclaration et autorisation» au bas. S'il s'agit d'une rente réversible, veuillez faire signer le rentier ainsi que le rentier subrogé.

Je désire que le calcul de la valeur commuée soit effectué SANS SÉLECTION DU RISQUE. Je recevrai dans ce cas, la valeur actualisée totale ou partielle de la période garantie restante du contrat.

(1) Les demandes de sélection qui ne seront pas accompagnées d'un chèque seront retournées à l'agence.

Signature(s) requise(s)

Signé à _____, province _____, ce _____ jour de _____, _____

_____ Date ____ / ____ / ____
témoin de la signature signature du preneur

J'AI PRIS CONNAISSANCE DE LA PRÉSENTE DEMANDE DU PRENEUR ET J'Y CONSENS.

_____ Date ____ / ____ / ____
témoin de la signature signature du bénéficiaire irrévocable

_____ Date ____ / ____ / ____
témoin de la signature signature du gagiste

Dépôt direct : (joindre un spécimen de chèque)

Expédition du chèque :

résidence

centre financier

autres : _____

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - COMMUTATION TOTALE OU PARTIELLE

Objet : Dossier de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Aux strictes fins d'évaluation de mon état de santé, de la gestion de mon dossier et du versement de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie :

- 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'établissement de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des compagnies d'assurance, institutions financières, agents de renseignements personnels ou agence d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- à ne communiquer aux dites personnes ou organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier;
- à utiliser les renseignements nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait déjà et dont l'objet est accompli.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date _____

Signature du rentier _____ Signature du preneur si différent du rentier _____

Veillez détacher cette section et la remettre au(x) rentier(s)

Avis aux rentiers

Toute demande de commutation d'une rente de retraite viagère, réversible ou certaine nécessite une cueillette de renseignements qui soit la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical, personnel.

La Compagnie, comme plusieurs assureurs, transige avec un organisme appelé Bureau des renseignements médicaux (Medical Information Bureau). S'il reçoit une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Toutefois, les renseignements médicaux ne seront communiqués qu'à votre médecin. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 102, Toronto, Ontario M5G 1R7 - Téléphone : 416 597-0590.