



PROPOSITION DE FONDS DE REVENU DE RETRAITE MAXI-RENTE GARANTI

N° DE CONTRAT



A- LE PRENEUR

Prénom et nom à la naissance Adresse complète Adresse électronique : _____ Code postal _____	N° du client	Date de naissance JOUR MOIS ANNÉE	Sexe	État civil
	N° d'assurance sociale	Représentant 1	Représentant 2	
	Profession			
	Téléphone: Résidence	Au travail	Revenu	

B- LE BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DU RENTIER LE RENTIER REMPLAÇANT - (CONJOINT)

Prénom et nom Lien de parenté	N° du client	Date de naissance JOUR MOIS ANNÉE	Sexe	État civil
<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	N° d'assurance sociale	Profession		

C- PROVENANCE ET UTILISATION DES FONDS

MONTANT TRANSFÉRÉ (MONTANT APPROXIMATIF) _____ \$* NUMÉROS: _____
 TRANSFORMATION DE REÉR DÉJÀ À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE _____

* LORS DU TRANSFERT, LE TAUX D'INTÉRÊT ACCORDÉ SERA CELUI EN VIGUEUR À LA DATE DE
 réception des fonds à la compagnie signature de la proposition (compléter et joindre la formule 1440)

LE CALCUL DU MINIMUM DES VERSEMENTS EST-IL BASÉ SUR L'ÂGE DU CONJOINT? OUI NON
 SI OUI, INSCRIRE LA DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT:

JOUR	MOIS	ANNÉE

DURÉE DE LA PÉRIODE GARANTIE _____ VERSEMENT PÉRIODIQUE: _____
mode MENSUEL ANNUEL AUTRE _____ PAR DÉPÔT DIRECT PAR CHÈQUE

DATE DU PREMIER VERSEMENT: _____

INSTRUCTIONS SPÉCIALES

ESPACE RÉSERVÉ POUR MODIFICATIONS S'IL Y A LIEU

DÉPÔT-DIRECT (JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE) J'AUTORISE DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE À DÉPOSER MES VERSEMENTS DANS MON COMPTE

NOM DE L'INSTITUTION (CAISSE, BANQUE)	N° DE TRANSIT	N° DE L'INSTITUTION	NUMÉRO DU COMPTE

D- JE SOUSSIGNÉ, DEMANDE À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE, D'ADHÉRER AU FONDS DE REVENU DE RETRAITE MAXI-RENTE GARANTI ET DE FAIRE ENREGISTRER LE FONDS COMME UN FERR SELON L'ARTICLE 146.3 DE LA LOI DE L'IMPÔT SUR LE REVENU. DE PLUS, JE RECONNAIS QUE LE PRODUIT M'A ÉTÉ BIEN DÉCRIT, QUE LA NATURE DE LA GARANTIE M'A ÉTÉ BIEN PRÉCISÉE.

Preneur : _____ signature _____ Date : _____

Représentant ou stagiaire : _____ signature _____ nom en lettres moulées _____

Maître de stage : _____ signature _____ nom en lettres moulées _____

DÉTACHEZ L'ORIGINAL ET RETOURNEZ À DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
 BLANC : COMPAGNIE — CANARI : CABINET / SOCIÉTÉ AUTONOME / REPRÉSENTANT AUTONOME — ROSE : CLIENT

AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par le personnel de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez faire une demande écrite au «responsable de l'accès à l'information» au siège social, à Lévis.

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie peut constituer une liste de ses clients comprenant leur nom, adresse, numéro de téléphone à des fins de prospection commerciale ou de philanthropie. Toutefois, vous avez le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite au «responsable de l'accès à l'information» au siège social, à Lévis.

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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'établissements de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des compagnies d'assurance, institutions financières, agents de renseignements personnels ou agences d'investigations, 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 preneur _____

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Oui Non