

Retournez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante : Desjardins Sécurité financière
 Centre de gestion intégrée de la retraite, Épargne-retraite collective
 C.P. 1355, Succ. Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1C4
 Téléphone : 514 350-8665 ou sans frais 1 888 513-8665
 Télécopieur sans frais : 1 877 350-8555

En lettres moulées s.v.p.

PREMIER RENTIER - Personne sur la tête de laquelle la rente est établie.						
Nom					Numéro de contrat	
Nom à la naissance			État civil		Langue	
			<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> conjoint de fait <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> veuf		<input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais	
Numéro d'assurance sociale		Sexe	Date de naissance		Pays de naissance	
		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA			
Adresse résidentielle		N° et rue	Ville	Province	Code postal	Tél. : rés. :
						bur. :
						Courriel :

RENTIER SUBSIDIAIRE - Pour rente viagère réversible au conjoint.						
<input type="checkbox"/> Conjoint (selon la définition de la loi)						
Nom				Nom à la naissance		
Numéro d'assurance sociale		Sexe	Date de naissance		Pays de naissance	
		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA			
Adresse résidentielle		N° et rue	Ville	Province	Code postal	

Désignation de bénéficiaire				
Toute désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.				
Exception :				
Si vous êtes résident du Québec et que vous désignez votre conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins de stipulation contraire.				
Lorsque la désignation d'un bénéficiaire est irrévocable et tant que ce bénéficiaire est vivant, vous ne pouvez sans le consentement du bénéficiaire (qui doit avoir atteint l'âge de la majorité) modifier ou révoquer la désignation, exercer des droits en vertu du régime, les céder, demander la valeur de rachat ou disposer autrement des droits en vertu du régime.				
Toute désignation de bénéficiaire est assujettie aux lois actuelles en vigueur.				
Nom du bénéficiaire (nom et prénom)	Lien de parenté	% de la distribution*	Si mineur (Date de naissance obligatoire)	
			<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	
Nom du bénéficiaire (nom et prénom)	Lien de parenté	% de la distribution*	Si mineur (Date de naissance obligatoire)	
			<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	
Nom du bénéficiaire (nom et prénom)	Lien de parenté	% de la distribution*	Si mineur (Date de naissance obligatoire)	
			<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	
* S'il y a plus d'un bénéficiaire, la distribution totale doit correspondre à 100 %.				
Si le(s) bénéficiaire(s) décède(nt) avant moi, le bénéficiaire subsidiaire qui remplace le bénéficiaire décédé sera :				
Nom du bénéficiaire (nom et prénom)	Lien de parenté		Si mineur (Date de naissance obligatoire)	
			<input type="text"/> JJ <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	

Désignation du conjoint à titre de bénéficiaire (Résident du Québec seulement)
Je désigne mon conjoint à titre révocable <input type="checkbox"/> (veuillez cocher pour confirmer votre choix)

SI LE BÉNÉFICIAIRE EST UN MINEUR, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION « DÉSIGNATION D'UN MINEUR COMME BÉNÉFICIAIRE ET NOMINATION D'UN FIDUCIAIRE » À LA PAGE 2 DE 4.

Désignation d'un mineur comme bénéficiaire et nomination d'un fiduciaire. (Remplir si vous avez désigné un bénéficiaire de moins de 18 ans. Toutefois, si vous résidez au Québec, les dispositions du Code Civil s'appliquant, vous ne devez pas remplir cette section)

Nom du fiduciaire (nom de famille, prénom)

Je désigne par la présente le bénéficiaire ci-haut mentionné. Je comprends qu'un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans ne peut donner une quittance d'un paiement à un payeur. Conséquemment, je nomme à titre de fiduciaire la personne ci-haut mentionnée pour recevoir en fidéicommis pour le bénéficiaire, tout montant au titre du régime par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, et consens à ce que la réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Cette nomination prévaudra jusqu'à la nomination d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de 18 ans, selon la première éventualité.

Par sa signature, le fiduciaire accepte sa nomination.

Fait à ce jour de 20

Signature du proposant _____ Signature du fiduciaire _____

Adresse du fiduciaire Code postal

RÉPONDANT DU RÉGIME (OU PROPOSANT) - Seulement s'il diffère du rentier.

Nom et prénom			
Adresse résidentielle	N° et rue	Ville	Province
			Code postal

DESCRIPTION DE LA RENTE - Les options ci-dessous sont offertes en vertu des dispositions de votre régime et de la loi.

Forme <input type="checkbox"/> rente individuelle OU <input type="checkbox"/> rente réversible OU <input type="checkbox"/> rente certaine		Période garantie <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> _____	
Indexation <input type="checkbox"/> augmentée selon un taux composé de _____ % par an après un an de paiement de la rente OU <input type="checkbox"/> réduite des prestations		Intégration <input type="checkbox"/> de la SV <input type="checkbox"/> du RPC/RRQ	
<input type="checkbox"/> Réduite à _____ % pour une rente réversible, après l'expiration de la période garantie au		<input type="checkbox"/> décès du premier rentier OU <input type="checkbox"/> 1 ^{er} décès	
Prime unique _____ \$	Montant des versements de rente _____ \$	Date du premier versement JJ MM AA	
Fréquence <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> _____ avec l'accord de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie			

RENTE SANS PÉRIODE GARANTIE - Cette section doit être remplie seulement s'il s'agit de la souscription d'une rente sans période garantie.

En ce qui a trait à la proposition de rente viagère, je comprends que la rente souscrite ne prévoit le versement d'aucun revenu après le décès du rentier (ou, s'il y a lieu, de son survivant) et qu'aucune prestation de décès ou aucun remboursement au comptant ne sera payable advenant ce décès après le premier versement de la rente, qu'il survienne à une date rapprochée ou non.

Signé à _____, ce _____ jour de _____.

Signature du rentier ou du proposant

Signature du témoin

DIRECTIVES DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> Dépôt direct dans un compte d'une institution financière Nom de l'institution (banque, société de fiducie, coopérative de crédit ou caisse populaire) _____ Adresse de la succursale : _____ N° et rue _____ Ville Province Code postal
Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ».
<input type="checkbox"/> Envoyez mes versements de rente par la poste à mon adresse résidentielle.

SOURCE DES FONDS

Type de régime - veuillez préciser.	
<input type="checkbox"/> Régime de pension agréé (RPA)	<input type="checkbox"/> Régime de participation différée aux bénéfices (RPDB)
<input type="checkbox"/> Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)	<input type="checkbox"/> Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
<input type="checkbox"/> Fonds de revenu viager (FRV)	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	
Nom du régime : _____	
Montant : _____ \$ Transféré de (s'il y a lieu) : _____	

DOCUMENTS REQUIS

Pour que la présente proposition soit considérée comme complète, les documents suivants doivent y être joints :

- Attestation d'âge du rentier et du conjoint (s'il y a lieu) : certificat de naissance, extrait de baptême, certificat de citoyenneté ou passeport valide
- Formulaire adéquat de «renonciation du conjoint» (s'il y a lieu)
- Formulaire approprié de transfert des fonds :

De : (émetteur)	À : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie	Formulaire requis
Régime de pension agréé	Rente immédiate	T2037
Régime de pension agréé	Rente différée	T2037
Régime enregistré d'épargne-retraite	Rente immédiate	T2037
Régime enregistré d'épargne-retraite	Rente différée	T2033
Régime de participation différée aux bénéficies - régime de retraite	Rente immédiate	T2037
Régime de participation différée aux bénéficies - régime de retraite	Rente différée	T2037
Fonds enregistré de revenu de retraite	Rente immédiate	T2030

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, avenue des Commandeurs
 Lévis (Québec) G6V 6R2

Pour les résidents de toutes les provinces canadiennes, à l'exception de la Colombie Britannique :

DSF pourrait se servir de la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. 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.

Pour les résidents de la Colombie Britannique :

DSF ne peut utiliser ni communiquer les renseignements de votre dossier à des fins commerciales sans avoir obtenu votre accord écrit à cet égard.

Déclaration et autorisation à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers

Aux fins d'administration de mon contrat de rente et du versement des prestations, j'autorise l'administrateur et le promoteur du régime, mon représentant légal, intermédiaire de marché, succession, bénéficiaire, conjoint et les institutions financières avec lesquelles je transige à communiquer à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie les renseignements jugés nécessaires qu'ils détiennent à mon sujet.

De même, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à communiquer tous les renseignements qu'elle détient à mon sujet aux tiers mentionnés au paragraphe précédent. J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la gestion des renseignements personnels.

J'autorise Signature du rentier _____

Je n'autorise pas Signature du rentier _____

Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20_____

Déclaration du rentier et du rentier subsidiaire

Le rentier et le proposant déclarent que tous les renseignements contenus dans la présente proposition de rente sont complets et véridiques. Le certificat et la proposition comportent toutes les modalités du contrat de rente. À moins d'avis contraire écrit, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie effectuera les versements payables en vertu du certificat ainsi qu'il est indiqué dans la section sur les «directives de paiement». Par son acceptation du certificat, le rentier accepte les modalités qu'il renferme et toute modification que la Compagnie peut avoir effectuée.

Signature du rentier

Date

Signature du rentier subsidiaire

Signature du proposant (s'il y a lieu)

Signature du témoin