

**Informations importantes**

- 1- Une nouvelle désignation de bénéficiaire annule toute désignation précédente, mais elle ne modifie pas les désignations de bénéficiaire subrogé existantes.
- 2- a) Si le bénéficiaire désigné est décédé et qu'aucun bénéficiaire subrogé n'a été désigné, la succession du preneur devient le bénéficiaire.  
b) Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, veuillez joindre un certificat de décès.  
c) Si les « héritiers légaux » sont désignés comme bénéficiaires, cette désignation s'applique aux héritiers du preneur et non à ceux de l'assuré.

**Pour la province de Québec :**

Si vous désignez votre conjoint (personne avec qui vous êtes légalement marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, cette désignation est automatiquement irrévocable, à moins que vous n'ayez indiqué que cette désignation est révocable. La désignation de toute autre personne est révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

**Pour toutes les autres provinces et les territoires :**

La désignation d'un bénéficiaire est automatiquement révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

**Révocable :**

Le terme « révocable » signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

**Irrévocable :**

Le terme « irrévocable » signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra pas être changée avant qu'elle ait atteint l'âge de la majorité.

**Table des matières**

- A - Désignation ou changement de bénéficiaire..... 2
- B - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)..... 4
- C - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins ..... 4
- D - Déclarations et signatures ..... 5

**Informations du représentant**

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

**Identification du ou des preneur(s)**

Prénom	Nom
Prénom	Nom

Nom du preneur « personne morale, fiducie ou autre entité »

**A - Désignation ou changement de bénéficiaire**
**A1 - Décès**

⚠ Pour un contrat comportant une protection de type « Maladies graves - propriété partagée », veuillez remplir la **section A4 - Maladies graves - propriété partagée**.

**Directive :** Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

**Ex. :** montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100%.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

  

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

**A2 - Désignation ou changement de bénéficiaires subrogés**

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section A1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

  

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

**A - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)**
**A3 - Maladies graves**

**Directive :** Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat. **Ex. :** montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100%.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

**A4 - Maladies graves - propriété partagée**

**Directive :** Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire de ces prestations est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province autre qu'au Québec.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100%.

**Prestation de maladie grave**

Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Prestation de décès**

Bénéficiaire	%	Statut	Bénéficiaire	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Prestation de santé**

Bénéficiaires		%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom	Nom					
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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

## B - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux sections **A1 - Décès** et **A3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaires mineurs	Fiduciaire(s)	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Sexe	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	

## C - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

 Ce consentement concerne chaque preneur « **personne physique** ».

### 1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite).

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

### 2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

### 3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

## En signant la section D - Déclarations et signatures (page 5) :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au [www.desjardins.com/politique-confidentialite](http://www.desjardins.com/politique-confidentialite),
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

**D - Déclarations et signatures**

- **Déclaration du ou des preneurs** : Je déclare révoquer le ou les bénéficiaires révocables actuels sur ce contrat.
- **Déclaration de chaque preneur « personne physique »** : Je donne mon consentement relativement au contenu de la **section C - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins** (page 4).

\_\_\_\_\_  
Signé à (ville, province)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur (personne physique)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du second preneur (personne physique)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer au nom du preneur  
« personne morale, fiducie ou autre entité »

\_\_\_\_\_  
Nom et titre de la personne autorisée à signer au nom du preneur  
« personne morale, fiducie ou autre entité » (en lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

- **Déclaration du ou des bénéficiaires irrévocables à révoquer** : Je consens à ce que ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable sur ce contrat soit révoquée.

\_\_\_\_\_  
Signé à (ville, province)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable

\_\_\_\_\_  
Nom du bénéficiaire irrévocable (en lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable

\_\_\_\_\_  
Nom du bénéficiaire irrévocable (en lettres majuscules)

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.