

**Identification du preneur – Veuillez signer ce formulaire à la page suivante**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province ou territoire Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres (résidence)		Numéro de téléphone à 10 chiffres (travail)	Numéro de contrat

**Désignation ou ajout de nouveau(x) bénéficiaire(s)**

- La désignation de bénéficiaire s'applique selon ce qui est prévu au contrat d'assurance.
- Vous ne pouvez pas vous désigner comme bénéficiaire de votre propre contrat d'assurance.
- Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaire.

**Pour la province de Québec**

La désignation du conjoint légalement 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.

**Pour toutes les autres provinces**

La 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 écrit. **La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.**

La section 3. Révocation de bénéficiaire(s) doit être remplie seulement s'il y avait auparavant une désignation de bénéficiaire irrévocable.

Veuillez cocher :  Je, soussigné(e), désigne comme nouveau(x) bénéficiaire(s) :  
 Je, soussigné(e), ajoute le ou les bénéficiaires suivants à la désignation du ou des bénéficiaires actuels :

Veuillez cocher	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	% de répartition	Lien avec le preneur	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe
<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <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"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

**Révocation de bénéficiaire(s) – À remplir seulement s'il y a une désignation de bénéficiaire irrévocable**

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon irrévocable.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il n'est pas majeur.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.

Je, soussigné(e) (preneur), révoque par la présente la désignation de :

comme bénéficiaire(s) actuel(s) et lui(leur) substitue le ou les bénéficiaires désignés à la section 2, conformément aux dispositions du contrat.

Je, soussigné(e), consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire irrévocable de l'assurance soit révoquée.

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire révoqué

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin du bénéficiaire révoqué

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire révoqué

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin du bénéficiaire révoqué

\_\_\_\_\_  
Date

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

Ce consentement concerne seulement le preneur.

### 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 1 800 463-7870.

### En signant ce formulaire :

- 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.

## Signature du preneur



X

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

Retourner le formulaire original à Desjardins Assurances **par télécopieur** au 1 866 301-7131 ou **par la poste** au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2 – Conserver une copie pour vos dossiers.