

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE RETRAITÉ

Proposant _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

2. DÉCLARATION DU PRODUCTEUR

Personne qui doit toucher la commission (destinataire) : Conseiller Société Conseiller en sécurité financière de Co-operators*

*Au Québec, un représentant s'entend d'un conseiller en sécurité financière dûment certifié par l'Autorité des marchés financiers.

N° du conseiller _____

Nom du destinataire de la commission _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse du destinataire de la commission _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Numéro d'assurance sociale* _____ Nom du responsable** _____
*Requis seulement pour les conseillers **Requis seulement pour les sociétés

Cette section doit être remplie par les conseillers et les sociétés.

(Ne s'applique pas aux conseillers de Co-operators)

Les commissions sont versées sur réception et après vérification du permis du destinataire désigné une fois les primes appliquées. À l'expiration, un permis renouvelé doit être soumis à Co-operators :

- Permis du destinataire en pièce jointe
- Permis du destinataire déjà soumis

- Assurance de la responsabilité civile professionnelle en pièce jointe
- Assurance de la responsabilité civile professionnelle déjà soumise

Les commissions sont payables par dépôt direct. Le destinataire de la commission doit joindre à cette soumission de ventes un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ ». Les coordonnées bancaires doivent appartenir au destinataire désigné et titulaire du permis susmentionné. Si aucun chèque n'est joint, veuillez demander à l'institution financière du destinataire de remplir la section « Vérification par la succursale » ci-dessous.

VÉRIFICATION PAR LA SUCCURSALE

Numéro de succursale (5 chiffres) _____ Numéro de la banque (3 chiffres) _____

Numéro de compte _____ Nom du titulaire de compte _____

Signature du responsable de la succursale _____ Titre de poste _____

Téléphone _____

3. CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ DE CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

J'autorise par la présente Co-operators Compagnie d'assurance-vie à verser la commission directement dans mon compte et à échanger avec mon institution financière tout renseignement financier pertinent à cette fin. La présente autorisation demeure valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Tout changement aux coordonnées bancaires fournies nécessite un préavis de trois semaines pour éviter tout retard de paiement. Une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du producteur _____ Date _____

JJ/MM/AAAA