

# ASSURANCE COLLECTIVE DÉCLARATION DU PRODUCTEUR GROUPE 65000

## 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