

**FORMULAIRE – RAPPORT D'ASSURABILITÉ  
GARANTIES DEMANDÉES**  
Régime autoadministré ou TED

**DIRECTIVES**

- Veuillez remplir la section Identification et préciser les montants (en dollars ou en nombre de fois le salaire annuel) pour les garanties demandées. Référez-vous aux dispositions prévues dans votre contrat.
- Joignez le ou les rapports d'assurabilité à ce formulaire :  N° 20009       Autre : \_\_\_\_\_
- Signez et datez au bas de ce formulaire.
- L'adhérent doit retourner ce formulaire, accompagné du ou des rapports d'assurabilité, à l'adresse ci-dessus ou en ligne à [desjardinsassurancevie.com/envoi](http://desjardinsassurancevie.com/envoi).

**IDENTIFICATION**

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte	Numéro de certificat
Nom de l'adhérent		Prénom de l'adhérent	Salaire annuel (s'il y a lieu)	Date de naissance AAAA MM JJ
				Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que cette demande concerne une adhésion tardive? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</li> <li>Est-ce que des preuves d'assurabilité ont déjà été soumises pour cet adhérent? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</li> <li>Pour une adhésion ou une modification en retard, indiquez le nombre de jours dépassant le délai de soumission prévu au contrat _____</li> </ul>				

	Vie de base Montant (\$) ou nombre de fois le salaire annuel	Vie facultative Montant (\$) ou nombre de fois le salaire annuel	Maladies graves facultative Montant (\$)	Vie des personnes à charge Montant (\$)
Montant total demandé		Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
		Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$
Montant détenu actuellement		Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
		Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$
Montant maximum permis sans preuve d'assurabilité		Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
		Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$

	Invalidité de longue durée Montant (\$)	Invalidité de courte durée Montant (\$)	Accident-maladie (pour tout le Canada, à l'exception du Québec)	Soins dentaires
			<input type="checkbox"/> Adhérent seulement <input type="checkbox"/> Adhérent et personnes à charge <input type="checkbox"/> Personnes à charge seulement	<input type="checkbox"/> Adhérent seulement <input type="checkbox"/> Adhérent et personnes à charge <input type="checkbox"/> Personnes à charge seulement
Montant total demandé	\$	\$		
Montant détenu actuellement	\$	\$		
Montant maximum permis sans preuve d'assurabilité	\$	\$		

Nom et prénom  
de la personne autorisée \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ AAAA - MM - JJ