

FORMULAIRE – RAPPORT D'ASSURABILITÉ GARANTIES DEMANDÉES

Régime autoadministré ou TED

DIRECTIVES

1. 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.
2. Joignez le ou les rapports d'assurabilité à ce formulaire : ☐ N° 20009 ☐ Autre : _____
3. Signez et datez au bas de ce formulaire.
4. 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.

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

- Est-ce que cette demande concerne une adhésion tardive? ☐ Non ☐ Oui
- Est-ce que des preuves d'assurabilité ont déjà été soumises pour cet adhérent? ☐ Non ☐ Oui
- Pour une adhésion ou une modification en retard, indiquez le nombre de jours dépassant le délai de soumission prévu au contrat _____

	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 \$	Chaque enfant \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	
Montant détenu actuellement		Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
		Conjoint \$	Conjoint \$	Chaque enfant \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	
Montant maximum permis sans preuve d'assurabilité		Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
		Conjoint \$	Conjoint \$	Chaque enfant \$
		Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	

	Incapacité de longue durée Montant (\$)	Incapacité 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