

**Pour soumettre en ligne :**desjardinsassurancevie.com/envoi

Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire.
Conservez les originaux pour vos dossiers.

**Par courrier :**

C. P. 3875 succ. Lévis
Lévis (Québec) G6V 0A7

Expédiez les originaux et conservez
les copies pour vos dossiers.

**Par télécopieur :**

1 844 409-6575 (sans frais)
418 835-0194

Conservez les originaux pour vos dossiers.

Pour nous joindre : 1 800 463-7843 (sans frais) ou 418 838-7843

**Assurances**

Vie • Santé • Retraite

ASSURANCE COLLECTIVE - RÉGLEMENTS D'ASSURANCE SALAIRE

ADHÉSION OU MODIFICATION - DÉPÔT DIRECT**PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE**

Joindre un chèque spécimen portant la mention « **ANNULÉ** ».

Nom et prénom de l'adhérent

Adresse - N°, rue, appartement

Ville

Province

Code postal

N° de certificat ou d'identification

N° de police ou groupe ou contrat

N° de téléphone

()

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances, à déposer le versement de ma prestation au moyen du système de **DÉPÔT DIRECT** dans le compte que je détiens auprès de l'institution financière suivante :

Nom de l'institution financière : _____

Adresse : _____

N° d'institution : _____ N° de transit/succursale : _____ N° de compte : _____

Toute somme créditée à mon compte, en vertu de la présente autorisation, sera identifiée par le code de transaction **DÉPÔT DIRECT** et je reconnais que toute somme ainsi créditée constituera un paiement effectué en conformité avec cette autorisation.

La présente autorisation entrera en vigueur le _____ et prendra fin après un préavis écrit de 10 jours que Desjardins Assurances me transmettra ou que je lui transmettrai.

Signature de l'adhérent _____ Date _____