Pour soumettre en ligne :
desjardinsassurancevie.com/envoi
Remplissez et enregistrez au préalable votre formulaire. Conservez les originaux pour vos dossiers.

Par courrier :
PO Box 1203 STN A
Toronto ON M5W 1G6
Expédiez les originaux et conservez les copies pour vos dossiers.

Par télécopieur :
1 844 409-6571 (sans frais)
416 926-0697
Conservez les originaux pour vos dossiers.

Pour nous joindre : 1 800 263-1810 (sans frais) ou 416 926-2990

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

ASSURANCE COLLECTIVE - RÈGLEMENTS 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	N° de certificat ou d'identification
Adresse - N°, rue, appartement	N° de police ou groupe ou contrat
Ville	
Province / Code postal	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** _____

IMPRIMER RÉINITIALISER

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.