

4. INVALIDITÉ

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent invalide	Date du début de l'invalidité			CNESST	RHDS ASS. EMPLOI	SAAQ
		AAAA	MM	JJ			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. CHANGEMENT DE NOM

N° de certificat	Ancien nom et prénom de l'adhérent	Nouveau nom	Raison

6. CHANGEMENT DE COMPTE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancien compte	Nouveau compte
		AAAA	MM	JJ		

7. CHANGEMENT DE CATÉGORIE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancienne catégorie	Nouvelle catégorie
		AAAA	MM	JJ		

8. CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			De	À
		AAAA	MM	JJ		

9. CHANGEMENT D'ADRESSE OU NOUVEAU RESPONSABLE CHEZ LE PRENEUR

Nouvelle adresse Pour les facturations Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Numéro	Rue	Étage / Bureau n°	
Ville		Province	Code postal

Nouveau responsable chez le preneur Pour les facturations Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Nom du nouveau responsable		Téléphone ()	Télécopieur ()
Numéro	Rue	Étage / Bureau n°	
Ville		Province	Code postal

Signature du responsable chez le preneur

Date

VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL À DESJARDINS ASSURANCES.