



JE DESIRE

- ADHÉRER À L'ASSURANCE COLLECTIVE  
 MODIFIER MON ASSURANCE COLLECTIVE

N° DE COMPTE

DOSSIER DE SERVICES FINANCIERS D'ASSURANCES, DE RENTES, DE CRÉDIT ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

**LIRE LE VERSO AVANT  
DE REMPLIR CE FORMULAIRE**

TOUTES LES GARANTIES OFFERTES DANS LA POLICE SONT ASSUJETTES AUX CLAUSES DE LIMITATION OU DE RÉDUCTION AINSI QU'aux EXCLUSIONS QU'ELLE CONTIENT.

1- NOM - PRÉNOM		2- N° D'ASSURANCE SOCIALE		3- N° D'IDENTIFICATION	
N°	RUE	APP.		4- SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	5- DATE DE NAISSANCE
VILLE		CODE POSTAL		6- LANGUE DE COMMUNICATION <input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS	
PROVINCE		7- PROTECTION <input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE <input type="checkbox"/> FAMILIALE		10- TRAVAIL À TEMPS <input type="checkbox"/> COMPLET <input type="checkbox"/> PARTIEL	
8- DATE D'ENTRÉE EN SERVICE OU D'EMBAUCHE	9- STATUT D'EMPLOI <input type="checkbox"/> PERMANENT <input type="checkbox"/> TEMPORAIRE	11- FONCTION ACTUELLE		12- SALAIRE ANNUEL	
14- EMPLOYEUR PRÉCÉDENT		15- N° DE COMPTE		16- DATE DU DÉPART	
17-		13- N° D'EMPLOYÉ(E)			

18- MODIFICATIONS

RAISON(S) \_\_\_\_\_

CONGE SANS SOLDE, CONGE PARENTAL, MATERNITÉ, MISE À PIED TEMPORAIRE, NAISSANCE, MARIAGE, INVALIDITÉ, ETC.

JE DESIRE

A)  MODIFIER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE - **COCHERZ (\*) DE NOUVEAU TOUTES LES GARANTIES DESIRÉES (CASE 17).**

B)  CONSERVER LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE.

C)  ANNULER TOUTES LES GARANTIES DE MON ASSURANCE COLLECTIVE SAUF LE RÉGIME QUI INCLUT L'ASSURANCE MÉDICAMENTS.

19- BÉNÉFICIAIRE(S) - POUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE VIE

\_\_\_\_\_ LIEN DE PARENTE \_\_\_\_\_

DATE EFFECTIVE DE L'ÉVÈNEMENT \_\_\_\_\_

DATE PRÉVUE DU RETOUR (SIL V A LIEU) \_\_\_\_\_

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (COCHERZ) :  RÉVOCABLE  IRRÉVOCABLE

**20- DÉCLARATION ET AUTORISATION**

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-haut. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne inc. ou à ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande.

J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire et j'autorise l'Assurance vie Desjardins-Laurentienne inc. à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

SIGNATURE  
DE L'ADHÉRENT \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU RESPONSABLE  
CHEZ L'EMPLOYEUR \_\_\_\_\_