

Nom de famille et prénom de l'assuré			N° de certificat
N°, rue, appartement	Ville, province	Code postal	N° de police, de groupe ou de contrat
Indicatif régional + Numéro		Indicatif régional + Numéro	
Numéros de téléphone :	Résidence :	Travail :	Poste :

Ce service vous permet de toucher vos prestations au moyen d'un dépôt direct et de recevoir un avis par courriel lorsque votre demande de prestations de soins de santé ou de soins dentaires a été traitée.

Si vous n'êtes pas déjà inscrit au service de dépôt direct, veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » à la présente demande.

Pour adhérer au service d'avis électronique, veuillez inscrire votre adresse électronique : \_\_\_\_\_

Pour obtenir plus de détails sur ces services, **pour y adhérer électroniquement** ou pour apporter des modifications à vos renseignements personnels, visitez notre site Web, à l'adresse [www.assurancecollectivedesjardins.com](http://www.assurancecollectivedesjardins.com).

**Signature de l'assuré**

**Date**

**RETOURNER À : Desjardins Sécurité financière, C.P. 3950, Lévis, QC, G6V 8C6**