

Section 1 – Information concernant le bénéficiaire de la rente

Nom		Prénom	
Adresse – N°, rue, app.		Ville	Province
Code postal			
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'identification	Numéro de contrat

Section 2 – Autorisation de dépôt direct

J'autorise Desjardins Assurances à déposer le versement de ma rente mensuelle, au moyen du système de **dépôt direct**, dans le compte que je détiens auprès de l'institution financière suivante :

Nom et adresse de l'institution financière	
Numéro d'identification (transit)	
Numéro de compte (Joindre un chèque spécimen portant la mention « ANNULÉ »)	

- 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.

X _____
Signature

Date

Retourner à : Règlements d'assurance vie
Desjardins Assurances
200, rue des commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2