

CETTE SECTION DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLIE

1- RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Nom		Prénom	
N° civique	Rue	Appartement	Ville
Province	Code postal	N° d'assurance sociale	Téléphone (ind. rég.) ()
Nom du régime de retraite		Adresse courriel	

Par la présente, j'autorise la **Fiducie Desjardins** à déposer mes paiements dans mon compte, jusqu'à avis contraire de ma part.

Signature du requérant	Date (AAAA-MM-JJ)
------------------------	-------------------

2- AUTORISATION DE DÉPÔT (avec spécimen de chèque)

Pour autoriser la **Fiducie Desjardins** à déposer vos paiements dans votre compte, **vous devez joindre un spécimen de chèque personnalisé de votre institution financière avec la mention « NUL »**, comme le modèle ci-contre.

– OU –

Si vous ne joignez pas de spécimen de chèque, **faire remplir la partie 3 ci-dessous par votre institution financière** et apposer le sceau officiel de l'institution financière.

NOM	ADRESSE	VILLE
Payez à l'ordre de _____ \$ _____		
_____		Signature
000	*00000*000	000000*0

3- AUTORISATION DE DÉPÔT (sans spécimen de chèque)

Nom de l'institution financière			N° de l'institution financière
N° civique	Rue	N° de la succursale	
Ville	Province	Code postal	N° de compte
Nom (EN LETTRES MOULÉES)			Téléphone (ind. rég.) ()
Signature d'une personne autorisée			Date (AAAA-MM-JJ)

Coordonnées pour joindre notre service à la clientèle :

Fiducie Desjardins
Service des prestations
1, complexe Desjardins
C.P. 34, succursale Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1E4

Téléphone: 514 286-5986 / 1 800 561-0906
Télocopieur: 514 286-3448 / 1 888 803-4330
Courriel: pension@desjardins.com

Fiducie Desjardins doit être informée de tout changement d'adresse ou de numéro de compte.

De plus, nous vous demandons de ne pas fermer votre compte avant d'avoir reçu une confirmation de dépôt de notre part confirmant que le changement a été effectué.

THIS SECTION MUST BE COMPLETED

1- INFORMATION ON THE APPLICANT

Last name		First name	
Civic No.	Street	Apt.	City
Province	Postal code	Social insurance No.	Telephone (Area code) ()
Name of pension plan		Email address	

I hereby authorize **Desjardins Trust** to deposit my payments into my account, until further notice.

Applicant's signature	Date (YYYY-MM-DD)
-----------------------	-------------------

2- DEPOSIT AUTHORIZATION (with blank voided cheque)

To authorize **Desjardins Trust** to deposit your payments into your account, **you must attach a personalized cheque from your financial institution with the notation "VOID"** as shown here.

– OR –

If you are not attaching a blank voided cheque, **have section 3, hereafter, completed by your financial institution** and affix the financial institution's official seal.

NAME	ADDRESS	CITY
Pay to the order of _____ \$ _____		
_____		Signature
"000"	*00000*000	000000*0

3- DEPOSIT AUTHORIZATION (without blank voided cheque)

Name of financial institution		Financial institution No.	
Civic No.	Street	Branch No.	
City	Province	Postal code	Account No.
Name (PLEASE PRINT)			Telephone (Area code) ()
Signature of authorized person			Date (YYYY-MM-DD)

<p>Coordinates to reach our customer service:</p> <p>Desjardins Trust Benefits Department 1 complexe Desjardins P.O. Box 34, Desjardins Station Montreal (Quebec) H5B 1E4</p> <p>Telephone: 514 286-5986 / 1 800 561-0906 Fax: 514 286-3448 / 1 888 803-4330 Email: pension@desjardins.com</p>	<p>Desjardins Trust must be informed of any change in your address or account number.</p> <p>Furthermore, we ask you not to close your account before you have received a confirmation of deposit from us confirming that the changeover has been made.</p>
---	--