



1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT (remplir obligatoirement cette section)

Nom		Prénom			Numéro d'assurance sociale			
Numéro civique	Rue				Appartement			
Ville		Province	Code postal		(Ind. rég.)	Téléphone		
Nom du régime de retraite								

J'autorise, par la présente, la Fiducie Desjardins inc. à déposer mes prestations de retraite dans mon compte bancaire, jusqu'à avis contraire de ma part.

Signature du requérant	Date
	A M J

2 - AUTORISATION DE DÉPÔT (avec spécimen de chèque)

Pour autoriser la Fiducie Desjardins à déposer vos prestations de retraite dans votre compte bancaire, vous devez joindre un chèque personnel identifié à votre nom 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 établissement financier.

NOM ADRESSE VILLE	N° de chèque : 00000
NUL	
Payez à l'ordre de _____ \$	
Signature	
"000"	"00000"000 000000*0

3 - AUTORISATION DE DÉPÔT (sans spécimen de chèque)

Nom de l'établissement financier				N° de l'établissement financier			
Numéro civique	Rue			N° de la succursale			
Ville		Province	Code postal		No de compte du requérant		
Signature d'une personne autorisée	Nom (EN LETTRES MOULÉES)		(Ind. rég.)	Téléphone		Date	
						A	M J

Postez votre formulaire rempli à l'adresse suivante :

Fiducie Desjardins
Service des prestations, 14^e étage
1, complexe Desjardins
Case postale 34, succursale Desjardins
Montréal (Québec)
H5B 1E4

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

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

Pour nous communiquer tout changement, ou pour obtenir de l'information concernant ce formulaire, vous pouvez nous écrire à l'adresse ci-contre ou nous téléphoner au (514) 286-5986 ou, de l'extérieur de Montréal, sans frais, au 1 800 561-0906.



1 - INFORMATION ON THE APPLICANT (you must complete the following section)

Last name		First name		Social insurance number			
Address	Street			Apartment			
City		Province	Postal code	(Area code)	Telephone		
Name of pension plan							

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

Applicant's signature	Date Y M D
-----------------------	-------------------

2 - DEPOSIT AUTHORIZATION (with blank voided cheque)

To authorize Desjardins Trust to deposit your pension payments into your bank account, **you must attach a personalized cheque 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.

NAME ADDRESS CITY	Cheque N° : 00000
VOID	
Pay to the order of _____	\$ _____
Signature _____	
000	*00000*000 000000*0

3 - DEPOSIT AUTHORIZATION (without blank voided cheque)

Name of financial institution				Financial institution N°	
Address	Street			Branch N°	
City		Province	Postal code	Applicant's account number	
Signature of authorized person		Name (PLEASE PRINT)		(Area code) Telephone	
				Date Y M D	

<p>Mail the completed form to the following address:</p> <p>Desjardins Trust Benefits department, 14th floor 1 complexe Desjardins P.O. Box 34, Desjardins Station Montréal, Québec H5B 1E4</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 we have notified you that the changeover has been made.</p> <p>To communicate any change or obtain any information concerning this form, please write to the address shown here or call us at (514) 286-5986 or, from outside Montréal, call toll-free 1 800 561-0906.</p>
---	--