

AVIS DE MODIFICATIONS

Nom du preneur ou de l'employeur

Numéro de compte

ADHÉRENT		CHANGEMENT DE SALAIRE			DÉPART			RETOUR AU TRAVAIL			
Nom et prénom	N° d'identification ou de certificat	Salaire annuel	Date d'entrée en vigueur			Date			Date		
			AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ	AAAA	MM	JJ

INVALIDITÉ							
Nom de la personne invalide	N° d'identification ou de certificat			Date du			
		<input type="checkbox"/> CNESST	<input type="checkbox"/> Assurance emploi (RHDC)	AAAA	MM	JJ	
		<input type="checkbox"/> SAAQ	<input type="checkbox"/> Assurance emploi (RHDC)				<input type="checkbox"/> début de l'invalidité <input type="checkbox"/> retour au travail
		<input type="checkbox"/> CNESST	<input type="checkbox"/> Assurance emploi (RHDC)				<input type="checkbox"/> début de l'invalidité <input type="checkbox"/> retour au travail

Signature de la personne autorisée

Date

Veillez retourner l'original à Desjardins Assurances et conserver une copie pour vos dossiers.