



RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES  
CHAMBRES DE COMMERCE®

## DÉPÔT DIRECT DES PAIEMENTS DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE ET DE SOINS DENTAIRES

Le Régime d'assurance collective des Chambres de commerce est heureux d'offrir, à tous ses assurés, l'occasion de voir leurs paiements de prestations d'assurance-maladie et de soins dentaires déposés directement dans leurs comptes bancaires. Une fois que vous nous aurez autorisés de vous donner ce service, nous déposerons tous vos paiements de prestations directement dans le compte bancaire de votre choix et vous ferons parvenir par la poste un relevé explicatif illustrant le calcul de vos prestations.

Pour vous inscrire, vous n'avez qu'à compléter l'*Autorisation de dépôt direct* ci-dessous et à nous le retourner, accompagné d'un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ». Ceci assurera l'exactitude des renseignements nécessaires de votre établissement financier et du compte bancaire que vous désirez utiliser. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps par écrit. Si vous changez d'établissement financier ou de compte bancaire, vous devrez vous inscrire à nouveau et nous fournir un nouveau spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ» afin de pouvoir continuer à déposer vos versements de prestations.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec le Centre national de service au 1-800-294-4080.

## A U T O R I S A T I O N   D E   D É P Ô T   D I R E C T



### RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Prénom et nom de famille \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse postale complète \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° de téléphone (à domicile) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ N° de téléphone (au travail) \_\_\_\_\_



### DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT DES PAIEMENTS DE PRESTATIONS D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET DE SOINS DENTAIRES

Par la présente, j'autorise le Régime d'assurance collective des Chambres de commerce, par le biais du système de DÉPÔT DIRECT, à déposer automatiquement les paiements de prestations dans mon compte de chèques personnel ouvert à l'établissement financier situé à l'adresse indiquée ci-dessous:

Nom de la banque \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Tout dépôt versé dans ce compte de chèques personnel en vertu de la présente autorisation sera désigné sous «**Assurance collective des Chambres**» et je reconnais que de tels dépôts constitueront un montant versé en vertu de la présente autorisation.

La présente autorisation entrera en vigueur le \_\_\_\_\_.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Afin d'assurer l'exactitude de tous les renseignements nécessaires, **prière de joindre un spécimen de chèque portant la mention «ANNULÉ»**. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps par écrit. Veuillez retourner le présent formulaire dûment complété au gestionnaire du Régime à l'adresse suivante:

#### DÉPÔT DIRECT

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES CHAMBRES DE COMMERCE

582, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0P1

Téléphone (204) 774-6677 ou 1-800-294-4080 (ligne sans frais)

Télécopieur (204) 774-6698 ou 1-800-457-8410 (ligne sans frais)