



DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DE PRESTATIONS D'ASSURANCE COLLECTIVE

LES AVANTAGES D'UN DÉPÔT DIRECT

Un dépôt direct de prestations d'Assurance collective (autrement connu sous le nom de Virement électronique de fonds ou « VEF ») permet à RWAM de verser les prestations approuvées directement à votre compte de banque joint ou personnel.

Une Explication des prestations (« E.p. ») correspondante vous sera envoyée afin de vous expliquer le paiement des prestations.

Les avantages de ce service pratique comprennent°:

- ▶ Un service rapide, sécuritaire et confidentiel
- ▶ L'élimination du risque de chèques de prestations perdus ou en retard
- ▶ L'aspect pratique qui évite d'avoir à se rendre à la banque
- ▶ Moins de gaspillage de papier, un aspect plus écologique

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ ET BANCAIRES

Nom de l'Employé _____ N° de Groupe _____ N° de Certificat _____

Veillez joindre votre chèque de compte personnel portant la mention « NUL »

Veillez envoyer mon E.p. à mon adresse de courrier électronique* à _____

Veillez renvoyer ce formulaire, ainsi que votre chèque NUL à : **RWAM Group Administration Department**
49 Industrial Drive
Elmira, ON N3B 3B1

Si un chèque nul n'est pas inclus, veuillez remplir la partie ci-dessous :

Nom(s) du (des) titulaire(s) de compte _____

Nom et adresse de l'institution financière _____

Banque n° _____ Succursale n° _____ Compte n° _____

REMARQUES :

- ▶ Vous devez être le titulaire de compte unique ou **joint** (en général, conjointement avec votre conjoint) et avoir le pouvoir de signature.
- ▶ Les demandes de dépôt au compte d'un tiers seront refusées.

* **Désistement** : Le transfert de tout renseignement personnel par courrier électronique n'est pas garanti à 100 %. Ainsi, lorsque vous consentez à la transmission de renseignements par courrier électronique, celle-ci est effectuée avec votre connaissance et compréhension, et la Compagnie RWAM Insurance Administrators Inc. n'accepte aucune responsabilité en cas d'interception de courriel par des personnes non autorisées.

AUTORISATION

J'autorise par la présente la Compagnie RWAM Insurance Administrators Inc. à verser les prestations d'assurance collective (Assurance maladie complémentaire, Assurance Soins dentaires et/ou Assurance invalidité) directement à mon compte en banque personnel/joint et à échanger mes renseignements pertinents avec mon institution financière à ces fins. Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'Employé **X** _____ Date (aa/mm/jj) _____

