DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT ET DE NOTIFICATION

FRAIS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES

ASSURANCE COLLECTIVE

Une façon rapide et facile d'adhérer au dépôt direct ou de modifier l'information est de le faire en ligne dans l'Espace client! Voici comment :

1. Allez sur **ia.ca/moncompte**;
2. Saisissez votre code d'accès et votre mot de passe, puis cliquez sur **Me connecter**;
3. Dans la section **Vos produits**, cliquez sur votre régime d'assurance collective pour accéder à votre dossier;
4. Dans la page **Dépôt direct et notifications**, suivez les étapes pour sélectionner ces deux services;
5. Vous pouvez revenir à tout moment à la page **Dépôt direct et notifications** pour mettre à jour vos informations bancaires et votre courriel.

Si vous ne désirez pas vous inscrire en ligne, veuillez remplir les trois sections ci-dessous. Écrire lisiblement et en caractères d'imprimerie.

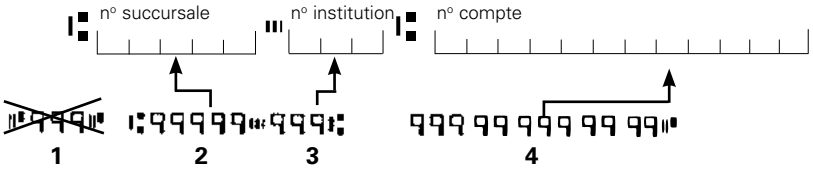
1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nº de police _____ Nº de certificat _____

Prénom du participant _____ Nom _____

2. DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT ET DE NOTIFICATION

Pour faire une demande de dépôt direct afin que vos réclamations de soins de santé ou dentaires vous soient remboursées sur votre compte bancaire, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « NUL » ou donner l'information demandée ci-dessous.



1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
4 Numéro de compte jusqu'à 12 chiffres. Le format peut varier selon l'institution financière. **(Indiquez tous les chiffres.)**

Vous devez fournir votre adresse courriel personnelle ou au travail si vous voulez recevoir une notification pour vous aviser que votre réclamation a été traitée.

Adresse courriel pour la notification* : _____ ☐ Personnelle ☐ Au travail

☐ Je ne veux pas recevoir de notification pour m'aviser que ma réclamation a été traitée.

* Nous considérerons que vous avez refusé de recevoir une notification si vous ne fournissez pas vos informations bancaires ou votre adresse courriel ou si vous cochez la case « Je ne veux pas recevoir de notification ».

Note : Vous pouvez voir le statut et le détail de vos réclamations pour soins de santé ou dentaires à tout moment dans l'Espace client, notre site Web sécurisé.

3. AUTORISATION

Par la présente, **J'AUTORISE** l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (iA Groupe financier) à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies ci-dessus, tout montant payable à la suite d'une réclamation de soins de santé ou dentaires en vertu de mon régime d'assurance collective. **JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à iA Groupe financier. **JE COMPRENDS** que iA Groupe financier ne sera lié par aucune autre obligation quant aux prestations versées. **JE COMPRENDS** également que iA Groupe financier peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

De plus, **JE COMPRENDS** et **JE RECONNAIS** que, si je fournis à iA Groupe financier des informations bancaires erronées ou si j'omets d'aviser iA Groupe financier de tout changement dans mes informations bancaires et que, en raison de cette erreur ou de cette omission, le remboursement effectué à la suite d'une réclamation est déposé sur le mauvais compte bancaire, iA Groupe financier ne pourra être tenu responsable de cette erreur ou de cette omission ou être tenu de me rembourser s'il est dans l'impossibilité de recouvrer le montant déposé sur le mauvais compte.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente autorisation possède la même validité que l'original.

X _____ Signature

A M J _____ Date

Comment nous transmettre votre formulaire dûment rempli

Selon votre province de résidence, veuillez nous faire parvenir le formulaire par télécopieur ou par la poste à :

Québec
Téléc. sans frais : 1 888 780-2376
Courrier : Administration
C. P. 790, succursale B
Montréal (Québec)
H3B 3K6

Toutes les autres provinces
Téléc. sans frais : 1 888 781-0924
Courrier : Administration
PO Box 4643, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

iA Groupe financier est une marque de commerce et un autre nom sous lequel l'**Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.** exerce ses activités.