

ADHÉSION     MODIFICATION

**IDENTIFICATION DU PARTICIPANT**

N° de police  N° de certificat

Nom du participant  Prénom

**DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**

Pour faire une demande de dépôt direct ou pour modifier votre information bancaire, veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « NUL » et donner l'information demandée ci-dessous. De plus, bien vouloir signer l'autorisation au bas de cette partie.

n° succursale    
  n° institution    
  n° compte



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. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.

À titre de bénéficiaire du ou des paiements de prestations versés dans mon régime d'assurance collective, j'autorise, par la présente, l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la « Société ») à déposer les prestations d'invalidité dans mon compte bancaire – l'information sur ce dernier figure ci-dessus ou sur le chèque ci-joint –, et ce, jusqu'à avis contraire écrit de ma part. Je comprends que la Société ne sera liée par aucune autre obligation quant aux prestations versées conformément à la présente. Je comprends également que la Société peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations et exiger mon endossement personnel.

La présente autorisation vaut pour tout autre compte actif à l'institution financière précisée ci-dessus ou à toute autre institution financière que je pourrais subséquemment désigner et elle prend effet en date de la signature ci-dessous.

A A A A M M J J

Signature

Date

**IMPORTANT**

Un relevé explicatif indiquant le montant de la prestation versée dans votre compte bancaire sera émis; il inclura aussi les retenues d'impôts applicables, s'il y a lieu, ou toute autre retenue, le cas échéant, et il vous sera posté lors du premier dépôt que nous effectuerons.

Un nouveau relevé vous sera envoyé lors de tout changement au montant de la prestation ou lorsqu'un formulaire sera requis par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

**OÙ SOUMETTRE LE FORMULAIRE?**

**Pour les résidents du Québec**

Par télécopieur : 1 877 799-6691  
 Par la poste : C.P. 790, succursale B  
 Montréal (Québec) H3B 3K6

**Pour les résidents des autres provinces**

Par télécopieur : 1 877 781-1583  
 Par la poste : PO Box 4643, Station A  
 Toronto (Ontario) M5W 5E3

**Note: Si vous soumettez le formulaire par télécopieur, le formulaire original n'est pas requis.**