

AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Code d'usager GPM / No. de certificat

Veuillez remplir le présent formulaire en ligne ou écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE si vous le remplissez à la main. L'administrateur du régime doit conserver une copie du formulaire rempli dans ses dossiers et faire parvenir l'original à Groupe Premier Médical inc.

Renseignements sur le participant

Cette section doit être remplie si vous désirez que les sommes remboursées à l'égard des demandes de règlement soient déposées directement dans votre compte.

Veuillez remplir le formulaire en ligne ou écrire en caractère d'imprimerie, à l'ENCRE.

Annexer un chèque portant la mention « Annulé » au bas du présent formulaire.

Nom du client :

No. du client /
No. de groupe :

Nom du participant :

Nom de famille

Prénom

Initiale du second prénom

Nom de l'institution financière :

Numéro de l'institution :

(3 chiffres)

Numéro de transit :

(5 chiffres)

Numéro de compte :

(min. 7 à max. 12 chiffres)

En l'absence de l'information ci-dessus, j'autorise mon employeur à fournir l'information bancaire contenue dans mon dossier de paie à Groupe Premier Médical aux fins de remboursement de mes réclamations.

Adresse électronique

La présente section doit être remplie si vous désirez que le détail de vos demandes de règlements vous soit envoyé par courriel.

Nom du participant :

Nom de famille

Prénom

Initiale du second prénom

Adresse électronique :

Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant.

J'autorise :

- Groupe Premier Médical inc. à déposer les sommes remboursées directement au compte susmentionné à l'égard d'une demande de règlement;
- Groupe Premier Médical inc., mon institution financière, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurances, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec Groupe Premier Médical inc. à échanger les renseignements personnels nécessaires à l'administration du régime collectif;
- Groupe Premier Médical inc. à me faire parvenir le détail de mes demandes de règlement par courriel.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section « **Autorisations et déclarations** » est aussi valide que l'original.

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements donnés sont véridiques, corrects et complets.

Signature du participant :

Date :

ANNEXEZ ICI UN CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ »

Name / Nom P.O. Box / C.P. 000 City / Ville, Canada H0H 0H0	Cheque No. N° de chèque	0000000
Pay to the order of Payez à l'ordre de	_____ \$ _____ Dollars	
Annulé		
Signature	_____	
"000"	"00000"000	000000"0

N° de la succursale

N° de l'institution financière

N° du compte.