Vous devez sauvegarder le document sur votre ordinateur avant de compléter le formulaire électronique.

DÉPÔT DIRECT

médicassurance
2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
1173, boulevard Charest Ouest, bureau 210-3, Québec (Québec) G1N 2C9
Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

Police

☐ Demande initiale ☐ Demande de changement de compte bancaire ☐ Demande de cessation

RENSEIGNEMENTS DE L'ADHÉRENT

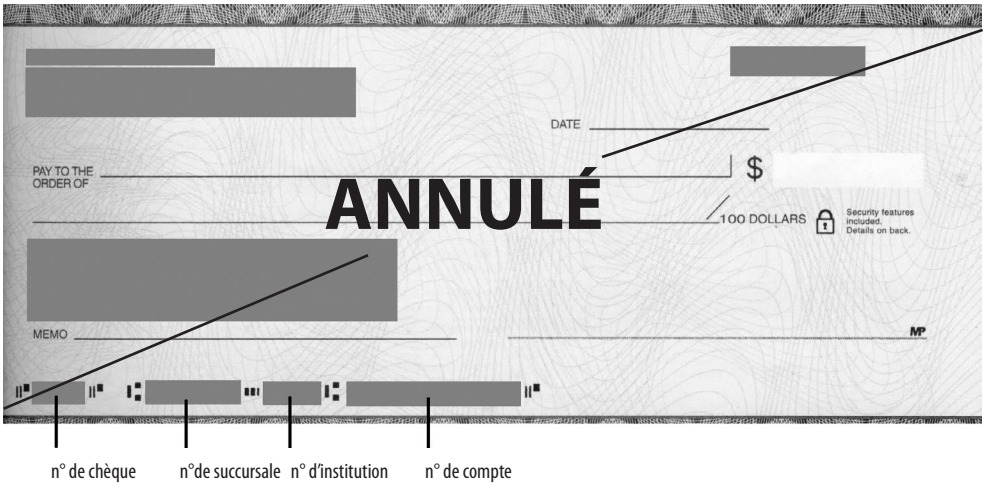
Nom	Prénom
Adresse ○ Résidence ○ Bureau	Ville
Province / Code postal	Téléphone ○ Résidence ○ Bureau
Nom de l'institution financière	Adresse de l'institution financière

TYPE DE COMPTE BANCAIRE

○ Chèques ○ Épargne **Veuillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.**

Succursale n° (5 chiffres)	Institution n° (3-4 chiffres)	Compte n° (Tous les chiffres)

DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'autorise MédicAssurance à déposer dans le compte bancaire mentionné sur le présent document, mes règlements d'assurances. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et je conviens d'informer MédicAssurance de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par MédicAssurance ou par moi en tout temps sur simple avis écrit ou verbal.

Signature de l'adhérent (les signatures électronique ne sont pas acceptées)	Date de la signature (jour / mois / année)
Signature du propriétaire du compte (si différent de l'adhérent)	Date de la signature (jour / mois / année)