

# DÉPÔT DIRECT



Police

2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8  
 6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4  
 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

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	<b>Veillez remplir cette section ou joindre un spécimen de chèque qui nous permettra d'obtenir vos informations bancaires avec exactitude.</b>
Succursale n° (5 chiffres)	Institution n° (3-4 chiffres)	Compte n° (Tous les chiffres)

DÉCLARATION ET AUTORISATION	
<p>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.</p>	
Signature de l'adhérent <small>(les signatures électronique ne sont pas acceptées)</small>	Date de la signature (jour / mois / année)
Signature du propriétaire du compte (si différent de l'adhérent)	Date de la signature (jour / mois / année)

