



AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT POUR LE REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS DE SOINS DENTAIRES – FORMULAIRE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION

Veuillez remplir ce formulaire pour adhérer au dépôt direct ou pour modifier vos renseignements personnels. Le dépôt direct est un moyen pratique, rapide et fiable pour le remboursement de vos réclamations directement à votre compte bancaire. Pour adhérer au dépôt direct, il faut obligatoirement fournir une adresse courriel valide. Lorsqu'un remboursement sera émis, vous recevrez l'explication de l'indemnité par courrier électronique et le remboursement sera effectué à votre compte bancaire.

1. ACTION REQUISE (SVP cocher une case)	<input type="checkbox"/> Adhésion initiale	<input type="checkbox"/> Modification
--	--	---------------------------------------

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (SVP écrire lisiblement en caractères d'imprimerie)		
Nom de famille du membre	Prénom	No. d'identification
Adresse postale	Ville, province, code postal	
Adresse courriel	No. de téléphone du domicile	No. de téléphone mobile

3. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES	
Nom du titulaire du compte	
Nom de l'institution financière (au Canada)	Adresse de l'institution financière
<ul style="list-style-type: none">• Joindre un spécimen ou une copie de chèque;• OU fournir un formulaire de dépôt direct de votre institution financière avec vos renseignements bancaires.	

4. AUTORISATION ET DÉCLARATIONS	
<p>• J'autorise par la présente, Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec, ainsi que ses administrateurs et fournisseurs de services, à déposer les demandes de règlement à mon compte bancaire tel qu'indiqué ci-dessus. • J'autorise aussi les administrateurs, mon institution financière et tout autre fournisseur de service autorisé à échanger, au besoin, les renseignements personnels nécessaires à l'administration du régime. • Je comprends que ces renseignements resteront confidentiels et sécurisés, et qu'ils ne seront utilisés qu'aux fins indiquées dans ce document. • Je comprends également que je suis personnellement responsable de la confidentialité et de la sécurité de mes renseignements personnels transmis par courriel ou tout autre moyen, ainsi que de l'exactitude et de toute mise à jour de mes renseignements bancaires. • Cette autorisation peut être résiliée à tout moment sur avis écrit de ma part. • De plus, si mon admissibilité à la couverture du régime prend fin, cette autorisation au dépôt direct sera automatiquement annulée. • Je reconnais qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.</p>	
Date	Signature du membre

5. BIEN VOULOIR RETOURNER CE FORMULAIRE PAR L'UN DES MOYENS SUIVANTS :	
Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec • 1200, boul. Crémazie Est, Bureau 200, Montréal (Québec) H2P 0A3	<ul style="list-style-type: none">• Courriel : dentaire@pbas.ca• Télécopieur: 514-856-1772



AUTHORIZATION FOR DIRECT DEPOSIT OF DENTAL CLAIM PAYMENTS ENROLLMENT OR CHANGE FORM

Please complete this form to enroll for direct deposit or to change your personal information. Direct deposit is a convenient, prompt and secure way to have your claims reimbursements deposited into your bank account. To enroll for direct deposit, you must provide a valid e-mail address. When a reimbursement is issued, you will receive an Explanation of Benefits by e-mail and a payment will be deposited into your bank account.

1. ACTION REQUESTED (please check a box)	<input type="checkbox"/> Initial Request	<input type="checkbox"/> Change Request
---	--	---

2. PLAN MEMBER INFORMATION (please print clearly, in block letters)		
Plan Member Last Name	First Name	Plan Member ID Number
Mailing Address	City, Province, Postal Code	
E-mail Address	Home Telephone Number	Cell. Phone Number

3. BANKING INFORMATION	
Bank Account Holder's Name	
Name of Canadian Financial Institution	Address of Financial Institution
<ul style="list-style-type: none">• Enclose a void cheque or cheque copy;• OR Provide the appropriate direct deposit form with account information from your financial institution.	

4. AUTHORIZATION AND DECLARATIONS	
<p>• I hereby authorize Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec, its administrators and service providers, to deposit claims payments to my account as indicated above. • I also authorize the administrators, financial institution and other authorized third-party service providers to exchange personal information, when necessary, to administer the plan. • I understand this information will be kept confidential and secure, and that it will only be used for the purposes identified herein. • I further understand that I am personally responsible for the confidentiality and security of my personal information transmitted by e-mail or by any other mode, as well as for the accuracy of and any updates in my banking information. • This authorization may be terminated at any time upon written notice by me. • In addition, if my eligibility for plan coverage ends, this direct deposit agreement will be automatically cancelled. • I agree that a copy of this form is as valid as the original.</p>	
Date	Plan Member Signature

5. PLEASE SEND COMPLETED FORM USING ONE OF THE FOLLOWING METHODS:	
Régime de soins dentaires des membres des TUAC du Québec • 1200, boul. Crémazie Est, Suite 200, Montreal, Quebec H2P 0A3	• E-mail: demtaire@pbas.ca • Fax: 514-856-1772