SSQ Groupe financier

ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC

Sogedent Assurances inc.

Cabinet de services financiers

ASSURANCE COLLECTIVE

DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS

Demande initiale de dépôt direct ☐

Demande de changement de compte bancaire ☐

Demande de fin de dépôt direct ☐

IDENTIFICATION

Police Nº **14A00** Nº de certificat SSQ _____ Nº de client Sogedent _____

Nom de l'adhérent _____ Prénom _____

À titre de bénéficiaire du ou des paiements de prestations versés dans mon régime d'assurance collective, j'autorise SSQ Groupe financier à déposer à mon compte bancaire, dont les coordonnées figurent sur le chèque ci-joint, ces prestations, et ce, jusqu'à avis contraire écrit de ma part. Je comprends que SSQ ne sera liée par aucune autre obligation quant aux prestations versées conformément à la présente. Je comprends également que SSQ 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 dans l'institution financière précisée plus bas ou dans toute autre institution financière que je pourrais subséquemment désigner et elle prend effet en date de la signature ci-jointe.

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts

_____ Date A A A A M M J J

Signature

Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « NUL ».

Ceci est le numéro de compte utilisé aux fins de dépôt direct.

Ceci est le numéro de l'institution financière (3 ou 4 chiffres).

Ceci est le numéro de la succursale bancaire (5 chiffres).

Ceci est le numéro du chèque.