

Option eSignature : Le certificat d'exécution doit accompagner ce formulaire.

Option écrite : Remplir à l'encre, avec les corrections éventuelles paraphées. Une copie doit être conservée pour vos dossiers et est considérée comme aussi valable que l'original.

Envoyer le formulaire rempli à : csr-groupadmin@rwam.com ou par la poste à RWAM à l'adresse ci-dessous.

Le dépôt direct des paiements de prestations collectives (également connu sous le nom de transfert électronique de fonds ou « TEF ») permet à RWAM de déposer vos paiements de prestations approuvés directement sur votre compte bancaire personnel ou conjoint (votre nom doit figurer sur le compte).

Après avoir reçu vos demandes de remboursement, RWAM vous enverra par courriel un relevé d'explication des prestations (EDP) indiquant le paiement des prestations et/ou la décision.

		Groupe n°	Division	Catégorie	Certificat n°
Employé	Nom de famille de l'employé	Prénom			
Adresse électronique personnelle pour l'explication des prestations (EDP)					
Institution financière					
Adresse	N°, Rue		Ville, Prov.		
N° de succursale	5 chiffres	N° d'institution financière	3 chiffres	N° de compte	

(Si votre numéro de compte commence par zéro, prenez soin d'inclure le zéro. Sans tiret, trait d'union ou tout autre signe de ponctuation.)



REMARQUE :

- Si vous n'avez pas de chèques et que vous ne savez pas comment remplir le formulaire ci-dessus, contactez votre institution financière pour vous assurer que vous fournissez les bons renseignements à RWAM.
- Des renseignements inexacts ou manquants peuvent entraîner des retards ou des erreurs.
- Vous devez être le titulaire unique ou conjoint (généralement conjointement avec votre conjoint) du compte dans une institution financière canadienne et avoir le pouvoir de signature.
- Les demandes de dépôt sur le compte d'un tiers ne seront pas acceptées.
- Les soumissions sur papier (non électroniques) peuvent inclure un formulaire de dépôt direct (obtenu auprès de votre institution financière) ou un chèque portant la mention « nul » pour valider les numéros de compte.

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise RWAM, Administrateurs d'assurance à déposer les paiements des garanties collectives (assurance maladie complémentaire, assurance dentaire et/ou invalidité) directement dans mon compte bancaire personnel/conjoint et à échanger mes renseignements financiers pertinents avec mon institution financière à ces fins. J'autorise la correspondance avec moi par l'intermédiaire de l'adresse électronique indiquée ci-dessus. Je comprends que cette correspondance peut contenir des renseignements personnels et que ces renseignements sont envoyés d'une manière qui n'est pas garantie comme moyen de communication sécurisé. La présente autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valable que l'original.

Signature de l'employé

Date

RWAM, Administrateurs d'assurance s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve ou échange dans le cadre de ses activités.