

RAPIDE ET EFFICACE ...



**Sans délai postal
Sans inconvénient occasionné par une grève postale et aussi...
Sans tracas, si vous avez omis de nous transmettre votre
changement d'adresse !**

Il s'agit d'un moyen simple, rapide et efficace de recevoir le remboursement de vos prestations directement dans votre compte bancaire. Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements sur le portail adhérents. Vous pouvez même en imprimer une copie au besoin.

Pour vous prévaloir de ce service, vous devez remplir et signer la section « Adhésion au dépôt direct » ci-dessous.

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec l'un de nos agents du service à la clientèle au 514 935-5444 ou 1 800 363-6217.

Complétez le formulaire ci-dessous et le tour est joué !



ADHÉSION AU DÉPÔT DIRECT

N° groupe/division : _____ N° assuré/certificat : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ N° téléphone : _____

Il est de la responsabilité de l'adhérent de s'assurer de l'exactitude des coordonnées bancaires saisies sur le présent formulaire. Advenant que les coordonnées bancaires soient erronées, veuillez noter que AGA ne pourra être tenue responsable des sommes non reçues par l'adhérent. Il est également possible de joindre un spécimen de chèque.

Nom de l'institution bancaire : _____

Adresse de la succursale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

⑈009⑈ ⑆99999⑆999⑆ 999⑆999⑆9⑆
Succursale Banque Numéro de compte

N° succursale/transit

N° institution/banque
(max. 4 chiffres)

N° compte
(min. 7 chiffres)

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise GROUPE FINANCIER AGA INC. (AGA ASSURANCES COLLECTIVES) à déposer, au nom de l'assureur, mes prestations de soins de santé, soins dentaires et d'indemnité hebdomadaire (le cas échéant) dans mon compte bancaire identifié dans la présente demande d'adhésion. Je peux renoncer en tout temps à ce service en faisant parvenir un avis écrit à AGA et AGA se réserve le droit de mettre fin au service de dépôt direct à tout moment.

Signature : _____ Date (A / M / J) : _____

(Veuillez allouer une période de 4 semaines pour le traitement de votre demande)