

<input checked="" type="checkbox"/> Veillez cocher le type de demande		
<input type="checkbox"/> Autorisation initiale		
<input type="checkbox"/> Modification		
Identification de l'adhérent		
Nom du preneur du contrat	Numéro de contrat	Certificat
Nom de l'employé	Prénom	
Adresse électronique		
Autorisation		
<p>Par la présente, j'autorise UV Assurance (L'union-Vie, Compagnie Mutuelle d'Assurance) à déposer mes prestations d'assurance collective dans mon compte bancaire identifié sur le spécimen de chèque ci-joint. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et m'engage à aviser UV Assurance, de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par UV Assurance ou par moi-même sur avis écrit.</p>		
Veillez joindre un spécimen de chèque portant la mention "ANNULÉ"		
Signature de l'adhérent	Date	
X	J	M A

Retourner le formulaire dûment complété à l'adresse suivante

<p>UV ASSURANCE C.P. 696 DRUMMONDVILLE (QUÉBEC) J2B 6W9 TÉL. : 819-478-1315 SANS FRAIS : 1-800-567-0988 TÉLÉC : 819-474-1990 SITE WEB : WWW.UVASSURANCE.CA</p>
