

<b>Veillez cocher le type de demande:</b>			
<input type="checkbox"/> Autorisation initiale		<input type="checkbox"/> Modification	
<b>Section 1: Renseignements sur l'entreprise</b>			
Numéro de contrat		Nom du preneur du contrat	
<b>Section 2: Explications</b>			
<p>Sur réception du formulaire 601 (Adhésion au dépôt direct des prestations) dûment complété par l'adhérent, nous octroyons le service de dépôt direct pour les prestations d'assurance maladie et d'assurance dentaire.</p> <p>Pour les garanties d'assurance salaire, veuillez nous indiquer si vous autorisez ou non le dépôt direct des prestations.</p> <p>Veillez également nous indiquer pour chacune des garanties où devront être postées les prestations advenant le cas où :</p> <p style="padding-left: 40px;">Vous refusez le dépôt direct pour cette garantie Un adhérent omet de nous transmettre le formulaire d'adhésion au dépôt direct</p>			
<b>Section 3: Autorisation</b>			
Veillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> les cases qui s'appliquent :		J'autorise le dépôt direct	Destination des prestations
<b>Toutes les classes</b> <input type="checkbox"/>			
Invalidité de courte durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Invalidité de longue durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Maladie / Dentaire		Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
<b>La ou les classe(s) suivante(s) :</b>			
Invalidité de courte durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Invalidité de longue durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Maladie / Dentaire		Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
<b>La ou les classe(s) suivante(s) :</b>			
Invalidité de courte durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Invalidité de longue durée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Maladie / Dentaire		Employeur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
<b>Section 4: Renseignements additionnels</b>			
<b>Section 5: Autorisation de l'administrateur de régime</b>			
Nom de famille de l'administrateur de régime		Prénom de l'administrateur de régime	
Signature		Date	
		<input type="text"/> J <input type="text"/> M <input type="text"/> A	

601 (2013-04) UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

**RETOURNER À :**
**UV ASSURANCE**

142 RUE HÉRIOT, C.P. 696, DRUMMONDVILLE, QUÉBEC J2B 6W9  
TÉL. : 819-478-1315 - SANS FRAIS : 1-800-567-0988 - TÉLÉCOPIEUR : 819-474-1990