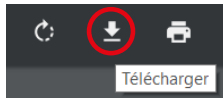


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

Veillez cocher le type de demande :						
<input type="checkbox"/> Autorisation initiale		<input type="checkbox"/> Modification				
Section 1 : Renseignements sur l'entreprise						
Numéro de contrat		Nom du preneur du contrat				
Section 2 : Explications						
L'adhérent doit compléter le formulaire 561 (Dépôt direct des prestations) afin de bénéficier du service de dépôt direct.						
Pour les garanties d'assurance salaire :						
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous autorisez le dépôt direct des prestations, veuillez nous indiquer à qui devront être postés les relevés de prestations. ➤ Si vous n'autorisez pas le dépôt direct des prestations, veuillez nous indiquer à qui devront être postés les chèques et les relevés de prestations. 						
Section 3 : Autorisation						
Veillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> les cases qui s'appliquent :		J'autorise le dépôt direct	Destination des prestations			
Toutes les classes <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	Dépôt direct à l'employé autorisé par défaut					
La ou les classe(s) suivante(s) :						
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	Dépôt direct à l'employé autorisé par défaut					
La ou les classe(s) suivante(s) :						
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	Dépôt direct à l'employé autorisé par défaut					
Section 4 : Renseignements additionnels						
Section 5 : Autorisation de l'administrateur de régime						
Nom de famille de l'administrateur de régime		Prénom de l'administrateur de régime				
Signature		Date				
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">J</td> <td style="width: 33%;">M</td> <td style="width: 33%;">A</td> </tr> </table>		J	M	A
J	M	A				

601 (2016-11) UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

RETOURNER À :
UV ASSURANCE

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