



LE GROUPE PBAS

AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT POUR LE REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS DE SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES – Formulaire d'adhésion ou de modification

Veillez remplir ce formulaire pour adhérer au dépôt direct ou pour modifier vos renseignements personnels. Le dépôt direct est un moyen pratique, rapide et fiable pour le remboursement de vos réclamations directement à votre compte bancaire. Pour y adhérer, **il faut obligatoirement fournir une adresse courriel valide**. Lorsqu'un remboursement sera émis, le paiement sera effectué à votre compte bancaire et vous recevrez l'explication de l'indemnité par courriel.

1. ACTION REQUISE (SVP cocher une case)	<input type="checkbox"/> Adhésion initiale	<input type="checkbox"/> Modification
--	--	---------------------------------------

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE (SVP écrire lisiblement en caractères d'imprimerie)		
Nom de famille du membre	Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse postale	Ville, province, code postal	
Adresse courriel	No. de téléphone du domicile	No. de téléphone mobile
Nom de l'employeur (incluant nom et no. d'établissement)		No. de certificat

3. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES
<ul style="list-style-type: none">• Joindre un spécimen ou une copie de chèque;• OU Fournir un formulaire de dépôt direct de votre institution financière indiquant vos renseignements bancaires.
Notez que le membre du régime doit être le détenteur du compte bancaire. Les paiements peuvent être déposés dans un compte-chèque ou un compte d'épargne, et l'institution financière doit se situer au Canada.

4. AUTORISATION ET DÉCLARATIONS	
<ul style="list-style-type: none">• J'autorise par la présente Prudent Benefits Administration Services inc. (PBAS), ainsi que ses administrateurs et fournisseurs de services, à déposer les demandes de règlement à mon compte bancaire tel qu'indiqué ci-dessus;• J'autorise aussi les administrateurs, mon institution financière et tout autre fournisseur de service autorisé à échanger, au besoin, les renseignements personnels nécessaires à l'administration du régime;• Je comprends que ces renseignements resteront confidentiels et sécurisés, et qu'ils ne seront utilisés qu'aux fins indiquées dans ce document;• Je comprends également que je suis personnellement responsable de la confidentialité et de la sécurité de mes renseignements personnels transmis par courriel ou tout autre moyen, ainsi que de l'exactitude et de toute mise à jour de mes renseignements bancaires;• Cette autorisation peut être résiliée à tout moment sur avis écrit de ma part;• Si mon admissibilité à la couverture du régime prend fin, cette autorisation au dépôt direct sera automatiquement annulée;• Je reconnais qu'une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.	
Date	Signature du membre

5. BIEN VOULOIR RETOURNER CE FORMULAIRE PAR L'UN DES MOYENS SUIVANTS :	
Par courriel : admindentaire@pbas.ca	Poster à PBAS : 1200, boul. Crémazie Est, Bureau 200, Montréal (Québec) H2P 0A3



AUTHORIZATION FOR DIRECT DEPOSIT FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL AND DENTAL CARE CLAIMS – Enrollment or change form

Please complete this form to enroll for direct deposit or to change your personal information. Direct deposit is a convenient, prompt and secure way to have your claims reimbursements deposited into your bank account. To enroll for direct deposit, **you must provide a valid e-mail address**. When a reimbursement is issued, a payment will be deposited into your bank account, and you will receive an Explanation of Benefits by e-mail.

1. ACTION REQUESTED (please check a box)	<input type="checkbox"/> Initial Request	<input type="checkbox"/> Change Request
---	--	---

2. PLAN MEMBER INFORMATION (please print clearly, in block letters)		
Plan Member Last Name	First Name	Date of birth (YYYY-MM-DD)
Mailing Address	City, Province, Postal Code	
E-mail Address	Home Telephone Number	Cell. Phone Number
Employer Name (including establishment name and number)		Plan Member ID Number

3. BANKING INFORMATION
<ul style="list-style-type: none"> Enclose a void cheque or cheque copy; OR Provide the appropriate direct deposit form with account information from your financial institution.
Please note that the plan member must be the account holder. Payments may be deposited into a chequing or savings account, and the financial institution must be located in Canada.

4. AUTHORIZATION AND DECLARATIONS	
<ul style="list-style-type: none"> I hereby authorize Prudent Benefits Administration Services inc. (PBAS), its administrators and service providers, to deposit claims payments to my account as indicated above. I also authorize the administrators, financial institution and other authorized third-party service providers to exchange personal information, when necessary, to administer the plan. I understand this information will be kept confidential and secure, and that it will only be used for the purposes identified herein. I further understand that I am personally responsible for the confidentiality and security of my personal information transmitted by e-mail or by any other mode, as well as for the accuracy of and any updates in my banking information. This authorization may be terminated at any time upon my written notice. If my eligibility under the plan coverage ends, this direct deposit agreement will be automatically cancelled. I agree that a copy of this form is as valid as the original. 	
Date	Plan Member Signature

5. PLEASE SEND COMPLETED FORM USING ONE OF THE FOLLOWING METHODS:	
By email: admindentaire@pbas.ca	Mail to PBAS : 1200, boul. Crémazie Est, Suite 200, Montreal, Quebec H2P 0A3