PAIEMENTS PRÉ-AUTORISÉS

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIF

COUGHLIN
spécialistes des avantages sociaux

C.P. 3517, Succursale C
Ottawa, ON K1Y 4H5

Tél. : 613-231-2266
Téléc. : 613-231-2345
Sans frais : 1-888-613-1234
www.coughlin.ca

AVANTAGES

La méthode de paiements pré-autorisés élimine le besoin d'écrire des chèques pour le paiement de vos primes du Régime d'assurance collectif. Les paiements peuvent être faits directement de votre compte de banque ou institution financière.

ÉCONOMIQUE

Une autorisation seulement est nécessaire pour que les paiements soient déduits de votre banque ou institution financière. Ceci représente une aubaine de frais d'affranchissement.

DATE DU PAIEMENT

Le paiement se fera le 15 de chaque mois, seulement.

CHANGEMENT D'INSTITUTION FINANCIÈRE

Si vous changez votre compte d'une succursale ou d'une institution financière à une autre, veuillez communiquer avec notre bureau. Nous prendrons les dispositions nécessaires afin d'éviter toute interruption de vos paiements.

CHANGEMENT D'ADRESSE

Afin de garder votre dossier à jour, veuillez aviser notre bureau de tout changement d'adresse.

PREUVE DE PAIEMENTS

Vos paiements seront enregistrés automatiquement et individuellement sur votre état de compte de banque ou dans votre livret de banque.

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Veuillez remplir le formulaire d'autorisation et joindre un de vos chèques personnels en inscrivant "NUL" sur le chèque. Veuillez retourner le tout à notre bureau dans l'enveloppe ci-jointe.

LE RESPECT DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Coughlin & associés ltée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.

FORMULAIRE D'AUTORISATION - (PAP)

Nom de L'employeur : _____

Nom du membre : _____

Adress : _____

Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____

No. du cert. ou de référence : _____

No. de Tél. : ( ) _____

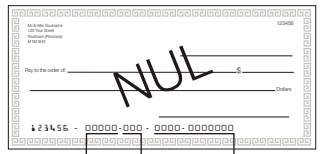
Courriel : _____

Nom de votre institution financière : _____

Adresse (succursale) : _____

Ville: _____ Province : _____

☒ J'ai inclus un cheque "NUL" **OBLIGATOIRE**



Numéro de transit : Numéro de la succ. :

Numéro de compte :

J'autorise Coughlin & associés ltée à débiter mon compte de banque, indiqué ci-haut, à tous les mois pour les paiements payable au Fiduciaires en assurance. Le plan de paiements pré-autorisés peut être annulé soit par Coughlin & associés ltée ou par moi-même par écrit. **J'autorise :** Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux; Coughlin à transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations ou parties suivantes : des prestataires de services de santé; des institutions financières; des organismes gouvernementaux; des compagnies d'assurance; des employeurs ou d'ex-employeurs; mon syndicat local ou des fiduciaires et vérificateurs de caisse de retraite; Coughlin à se servir des renseignements personnels en dossier pour me faire part d'un complément d'information concernant des avantages sociaux auxquels j'ai droit. Si je donne des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, **je confirme** être autorisé à agir en leur nom. **J'atteste** qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original. **J'atteste** que les renseignements transmis sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

Signature: _____

Date (année/mois/jour) : _____

En cas de compte conjoint, l'autorisation du deuxième signataire est nécessaire :

Signature: _____

Date (année/mois/jour) : _____

dtp.14/01/2008.groupadmin/pap.cdr