DÉPÔTS

POUR VOS RÉCLAMATIONS À COUGHLIN

PRÉ-AUTORISÉS

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
Le mode de dépôts préautorisés élimine la possibilité de perte ou de vol de chèques. Les dépôts sont versés directement dans votre compte de banque ou d'institution financière.

DATE DU DÉPÔT
Les dépôts seront faits dans les deux à cinq jours suivant la date d'autorisation de votre soumission. Votre dépôt sera confirmé par courrier électronique.

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.

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

RELEVÉ
Votre relevé renferme de l'information sur les montants qui vous ont été remboursés, la franchise et les montants non remboursés. Ce relevé sera envoyé à votre adresse électronique. Si vous n'avez pas d'adresse électronique, il sera transmis par la poste à l'adresse figurant dans votre dossier.

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 Coughlin et associés ltée de tout changement **d'adresse ou d'adresse courriel pour s'assurer de la réception de votre déclaration et de votre confirmation de dépôt**.

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 - (PAD)

Nom de l'employeur : _____

Nom du membre : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code Postal : _____

N° d'identification de l'employé (e) : _____

No. de Tél. : ( ) _____

Courriel: _____

Nom de votre institution financière : _____

Adresse (succursale) : _____

Ville: _____ Province : _____

À NOTER : Les chèques de ligne de crédit **ne peuvent pas** être acceptés.

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

Numéro de transit : | | | | | |

Numéro de la succ. : | | | |

Numéro de compte : | | | | | | | | | | |

J'autorise Coughlin & associés ltée à créditer mon compte indiqué ci-dessus. Le Programme de dépôts préautorisés peut être annulé soit par Coughlin & associés ltée ou par moi au moyen d'un préavis écrit. **Les dépôts seront faits dans les deux à cinq jours suivant la date d'autorisation de votre soumission. Votre dépôt sera confirmé par courrier électronique.**

J'autorise : 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 prestations 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) : _____