



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	
		J M A	

601 (2016-11)

RETOURNER À :

L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'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