



**Veillez cocher le type de demande**

Autorisation initiale

Modification

**Identification de l'adhérent**

Nom du preneur du contrat	Numéro de contrat	Certificat
Nom de l'employé	Prénom	
Adresse électronique		

**Autorisation**

Par la présente, j'autorise **L'union-Vie, Compagnie Mutuelle d'Assurance** à déposer mes prestations d'assurance collective dans mon compte bancaire identifié sur le spécimen de chèque ci-joint. J'atteste que les renseignements inscrits sur ce formulaire sont exacts et m'engage à aviser **L'Union-Vie**, de tout changement. J'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par **L'Union-Vie** ou par moi-même sur avis écrit.

**Veillez joindre un spécimen de chèque portant la mention "ANNULÉ"**

Signature de l'adhérent	Date
<b>X</b>	J                      M                      A

**Retourner le formulaire dûment complété à l'adresse suivante**

L'UNION-VIE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE  
142, RUE HERIOT , C.P. 696  
DRUMMONDVILLE (QUÉBEC) J2B 6W9  
TÉL. : 819-478-1315  
SANS FRAIS : 1-800-567-0988  
TÉLÉC : 819-474-1990  
SITE WEB : WWW.UVMUTUELLE.CA