



Plateforme évolutive
pour les avantages collectifs

Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veillez remplir ce formulaire et nous le retourner par :

Courriel : support@segic.ca

Télécopieur : 514-312-9047

Poste : Segic, 7220, boulevard Grande-Allée, Saint-Hubert (Québec) J3Y 0N8

IMPORTANT

Tous les champs sont obligatoires.

Type de demande	<input type="checkbox"/> Première inscription	<input type="checkbox"/> Modification personne ressource
<input type="checkbox"/> Modification coordonnées bancaires	Changement ID du bureau	<input type="checkbox"/> Modification relevés en ligne
<input type="checkbox"/> Modification de coordonnées (adresse, téléphone, courriel, fax...)	Ajout/Retrait dentiste	

Identité du cabinet dentaire requérant					
Nom du cabinet dentaire					
ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™)					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone		Télécopieur			
Courriel principal					
Nom de la personne ressource			Titre		
Mode de communication préféré		<input type="checkbox"/> Courriel	<input type="checkbox"/> Téléphone	Langue	
		<input type="checkbox"/> Télécopieur	<input type="checkbox"/> Poste		

Renseignements bancaires		
Numéro de succursale ou de transit	Numéro de l'institution bancaire	Numéro de compte
Téléphone de l'institution bancaire		Date à laquelle Segic peut activer son lien à votre compte

Veillez inscrire ci-dessous le détail de tous les dentistes pour lesquels vous souhaitez recevoir le paiement des réclamations.

Dentistes pour lesquels vous souhaitez recevoir le paiement des réclamations

Je, soussigné, déclare être un signataire autorisé à remplir le présent formulaire au nom du cabinet dentaire requérant. J'autorise, par la présente, SEGIC à effectuer des dépôts directs pour le remboursement des frais et services encourus, dans le compte bancaire dont les renseignements sont spécifiés dans la section à cet effet dans la première page du formulaire. Les présentes directives annulent toutes les directives précédentes concernant le paiement par dépôt direct des demandes de règlement. Je consens aussi à rembourser SEGIC pour tous fonds déposés par erreur dans ce compte. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à avis contraire.

Nom et prénom du dentiste	Numéro d'identification unique	Spécialité	Ajout ou retrait

Inclure ici le chèque spécimen portant la mention « Annulé »

Les éléments suivants doivent obligatoirement apparaître sur le chèque spécimen :

- raison sociale ou nom commercial
- adresse
- numéro de compte

Si ces éléments ne sont pas présents sur le chèque spécimen, veuillez nous transmettre une lettre de votre institution financière confirmant le nom du titulaire du compte, votre numéro de compte et le ou les noms du ou des signataires autorisés.

Formulaire d'inscription aux relevés en ligne

IMPORTANT

Vous devez faire une demande distincte pour chacun de vos cabinets dentaires.

Tous les champs sont obligatoires (si les coordonnées du cabinet dentaire sont les mêmes que sur le formulaire d'inscription au dépôt direct, vous n'avez pas besoin de remplir la section "Mon cabinet dentaire").

Demandeur			
Nom		Prénom	
Téléphone		Télécopieur	
Courriel			

Mon cabinet dentaire			
Nom du cabinet dentaire			
ID du bureau (CDAnet/ACDQ/DACnet™/CDHA-ACHDnet™)			
Adresse			
Ville		Province	
		Code postal	

Pour toute question, veuillez nous contacter par téléphone au 514-312-9046 ou par courriel à support@segic.ca

