



PLATEFORME **IA**
avantages collectifs et individuels

DÉPÔT DIRECT

Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veillez remplir ce formulaire et nous le retourner par :

Courriel support@segic.ca

Télécopieur 514-312-9047

Tous les champs sont obligatoires

Type de demande

- | | |
|---|--|
| ☐ Première inscription | ☐ Modification personne ressource |
| ☐ Modification coordonnées bancaires | ☐ Changement ID du bureau |
| ☐ Modification relevés en ligne | ☐ Ajout ou retrait d'un dentiste |
| ☐ Modification de coordonnées (adresse, téléphone, courriel, télécopieur...) | |

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

☐ Courriel

☐ Téléphone

☐ Télécopieur

☐ Poste

Langue de correspondance

☐ Français

☐ Anglais

Autorisation et signature



Veuillez inscrire ci-dessous le détail de tous les 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 à 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.

Dentistes pour lesquels vous souhaitez recevoir le paiement des réclamations

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

Signataire autorisé

Nom du signataire autorisé	Titre	Signature	Date

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	

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



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

Tous les champs sont obligatoires. Si les coordonnées du cabinet dentaire sont identiques à celles du formulaire d'inscription au dépôt direct, vous n'avez pas à 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

Une question sur ce formulaire ?

Téléphone : 1 844 786-4704 Courriel : support@segic.ca