



PLATEFORME IA
avantages collectifs et individuels

DÉPÔT DIRECT

Formulaire d'inscription au dépôt direct

Veuillez 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 de NIU |
| ☐ Modification relevés en ligne | ☐ Ajout ou retrait d'un cabinet dentaire |
| ☐ Modification de coordonnées (adresse, téléphone, courriel, télécopieur...) | |

Identité du dentiste requérant

Nom et prénom du dentiste

Numéro d'identification unique

Spécialité

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

Cabinets dentaires où vous exercez

Veuillez inscrire ci-dessous le détail de tous les cabinets dans lesquels vous exercez et précisez, pour chacun, si vous souhaitez recevoir le paiement des réclamations dans votre compte bancaire indiqué à la page 1 ou dans celui du cabinet dentaire indiqué.

CABINET DENTAIRE N° 1

Nom du cabinet dentaire		N° du cabinet dentaire	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		
Paiement au cabinet dentaire ☐ Oui ☐ Non		Ce cabinet dentaire ☐ Ajout ☐ Retrait	

CABINET DENTAIRE N° 2

Nom du cabinet dentaire		N° du cabinet dentaire	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		
Paiement au cabinet dentaire ☐ Oui ☐ Non		Ce cabinet dentaire ☐ Ajout ☐ Retrait	

CABINET DENTAIRE N° 3

Nom du cabinet dentaire		N° du cabinet dentaire	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		
Paiement au cabinet dentaire ☐ Oui ☐ Non		Ce cabinet dentaire ☐ Ajout ☐ Retrait	

CABINET DENTAIRE N° 4

Nom du cabinet dentaire		N° du cabinet dentaire	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		
Paiement au cabinet dentaire ☐ Oui ☐ Non		Ce cabinet dentaire ☐ Ajout ☐ Retrait	

CABINET DENTAIRE N° 5

Nom du cabinet dentaire		N° du cabinet dentaire	
Adresse	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Courriel		
Paiement au cabinet dentaire ☐ Oui ☐ Non		Ce cabinet dentaire ☐ Ajout ☐ Retrait	

Autorisation et signature



Je, soussigné, déclare être un signataire autorisé à remplir le présent formulaire au nom du dentiste 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.

Signataire autorisé

Nom et prénom du dentiste	Numéro d'identification unique	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 chaque dentiste.

Tous les champs sont obligatoires. Si les coordonnées du dentiste sont identiques à celles du formulaire d'inscription au dépôt direct, vous n'avez pas à remplir la section « Dentiste ».

Demandeur

Nom

Prénom

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Dentiste

Nom et prénom du dentiste

Numéro d'identification unique

Spécialité

Adresse

Ville

Province

Code postal

Une question sur ce formulaire ?

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