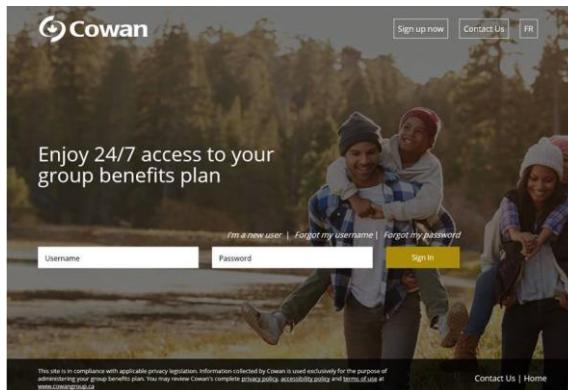




## DEMANDE D'ADHÉSION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

Inscrivez-vous pour recevoir vos remboursements versés directement dans votre compte bancaire par transferts électroniques de fonds (TEF).

VISITEZ : [HTTPS://CLIENTS.COWANGROUP.CA](https://clients.cowangroup.ca)



VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE D'AUTORISATION ET RETOURNER LE TOUT À COWAN.

700-1420 place Blair Towers, Ottawa (Ontario) K1J 9L8  
Téléphone : 613-741-3313, Sans frais : 1-888-509-7797  
Télécopieur : 613-741-7771  
[clients@cowangroup.ca](mailto:clients@cowangroup.ca)  
[www.cowangroup.ca](http://www.cowangroup.ca)

### FORMULAIRE D'AUTORISATION

Veuillez remplir le formulaire d'autorisation et envoyer le tout au Groupe Assurance Cowan.

**Note : seuls les comptes bancaires canadiens sont acceptés.**

### ACCORD D'AUTORISATION

Je reconnais que ce formulaire doit être utilisé **uniquement pour des comptes bancaires canadiens**. Je comprendre que les dépôts fait par TEF ne seront pas crédités dans aucune autre devise ou à des institutions bancaires qui résident à l'extérieur du Canada. J'autorise aussi le Groupe Assurance Cowan de faire des retraits de ce compte, advenant qu'une entrée de crédit soit faite par erreur. En autre, je suis d'accord de ne pas tenir le Groupe Assurance Cowan responsable de tout retard ou perte de fonds en raison de renseignements erronés ou incomplets fournis par moi-même ou par mon institution financière, ou en raison d'une erreur de dépôt de la part de mon institution financière. Le présent accord restera en vigueur jusqu'à le Groupe Assurance Cowan reçoit un avis écrit de l'annulation. S'il y a un changement de compte bancaire, un nouveau formulaire devra être resoumis. Cowan réserve le droit, par son autorité et sa compétence, pour quelque raison que ce soit, de terminer les dépôts directs.

Édifice et consentement. Initiaux : \_\_\_\_\_

### LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La politique du Groupe Assurance Cowan est de contrôler la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels, conformément à toutes les exigences énoncées dans la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Il y a des exemptions qui peuvent s'appliquer. Toute information que vous nous fournissez sera conservée dans votre dossier personnel. L'utilisation et divulgation de vos informations seront limitée à nos employés, à nos représentants des services, des personnes à qui vous avez accordé l'accès, y compris les administrateurs, les consultants et les personnes autorisées par la loi. Vous avez le droit de demander l'accès aux informations personnelles de votre dossier et, si nécessaire, de corriger toute information inexacte.

Édifice et consentement. Initiaux : \_\_\_\_\_

### CHANGEMENT D'INFORMATION

Si l'information que possède le Groupe Assurance Cowan dans votre dossier doit être mise à jour, vous pouvez le faire à partir du site : <https://clients.cowangroup.ca>

### FORMULAIRE D'AUTORISATION

Nouvelle information :  Changement d'information :

Nom du membre : \_\_\_\_\_

Numéro de certificat : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

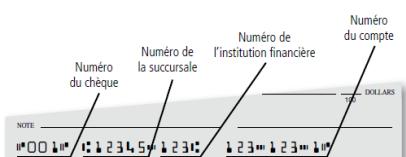
Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Nom de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Adresse de la succursale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

**Note : dois être un compte bancaire canadien.**



n° de la succursale :

--	--	--

n° de l'institution financière :

--	--	--

n° de compte :

--	--	--	--	--	--	--

Je, soussigné, ai le pouvoir de signature pour le compte bénéficiaire mentionné ci-dessus; autorise le Groupe Assurance Cowan à déposer les paiements directement dans le compte ci-mentionné.

Votre nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Daté le : \_\_\_\_\_