

Demande d'adhésion

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR				NOTIFICATION	ESPACE RÉSERVÉ
NOM DE FAMILLE				NOUVEAU MEMBRE A PARTIR DE Année Mois Jour	N° d'identification
PRÉNOM					Groupe n°
ADRESSE DU DOMICILE				REMARQUE: La souscription au régime est en vigueur à partir du 1 ^{er} jour du mois de votre demande, mais est soumise à la <u>confirmation par écrit</u> de Green Shield Canada	
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL		
Date de naissance Année Mois Jour	☐ Homme ☐ Femme	☐ Célibataire ☐ Couple ☐ Famille	N° de téléphone		
Dernier emploi					
Combien à s'inscrire	Date de retraite Année Mois Jour		Courriel (en lettres lisibles)		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉSION DE PERSONNES À CHARGE				
PERSONNE À CHARGE	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	HOMME (M) FEMME (F)	Date de naissance AN/MOIS/JOUR
CONJOINT				/ /
1 ^{er} ENFANT				/ /
2 ^e ENFANT				/ /
3 ^e ENFANT				/ /
4 ^e ENFANT				/ /
5 ^e ENFANT				/ /

Je désire souscrire au régime de prestations dentaires offerts par Green Shield Canada. En signant ce formulaire d'adhésion ou en procurant mes renseignements personnels à RMS, je reconnais et atteste que, au meilleur de ma connaissance, ces renseignements sont complets et exacts . Je suis autorisé(e) à divulguer les renseignements relatifs à mon conjoint et à mes personnes à charge, pour déterminer leur admissibilité aux prestations. Pour de plus amples renseignements concernant les procédures de Green Shield Canada sur la protection des renseignements personnels, veuillez vous référer au: www.greenshield.ca

_____ (Signature du demandeur)

Païement pré-autorisé

J'ai

- 1) Joint mon chèque rayé avec la mention « NUL » et
- 2) Rempli le formulaire suivant autorisant mon établissement financier à permettre RMS de prélever le paiement des primes directement de mon compte de chèques.

Regardez le chèque spécimen pour trouver les numéros de la succursale,
de l'établissement et du compte

ÉTABLISSEMENT FINANCIER		TITULAIRE DU COMPTE		
Nom de l'établissement financier	M. Mme Mlle	Nom de famille	Prénom	
Rue	Rue			
Ville	Province	Ville	Province	Code Postal
Code Postal	N° de téléphone () -			
	N° de la succursale	N° de	N° du compte	

Une somme de _____ \$ peut être débitée de mon compte le premier de chaque mois à compter du _____. Cette somme peut être augmentée ou diminuée ultérieurement selon l'évolution des primes. RMS me préviendra à l'avance par écrit du montant révisé.

Je préviendrai RMS par écrit, avant la date du débit suivant, de tout changement de mon compte ou de mon désir de mettre fin à la présente autorisation.

Je reconnais que la remise de la présente autorisation à RMS constitue une remise à l'établissement susmentionné.

Signature(s)

Date

____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Exemplaire du paiement pré-autorisé

ÉTABLISSEMENT FINANCIER		TITULAIRE DU COMPTE		
Nom de l'établissement financier <i>BANQUE PERSONNELLE</i>		M. Mme Mlle	Nom de famille <i>DUPONT</i>	Prénom <i>JEAN</i>
Rue <i>1234 RUE STE-CATHERINE</i>		Rue <i>627-909, RUE SHERBROOKE</i>		
Ville <i>MONTRÉAL</i>	Province <i>QUÉBEC</i>	Ville <i>MONTRÉAL</i>	Province <i>QUÉBEC</i>	Code Postal <i>M8T 1J1</i>
Code Postal <i>M9Z 1A7</i>		N° de téléphone (<i>514</i>) <i>555 - 4197</i>		
		N° de la succursale <i>21006</i>	N° de <i>770</i>	N° du compte <i>964076</i>

Une somme de XX dollars \$ peut être débitée de mon compte le premier de chaque mois à compter du MOIS ANNÉE .
 Cette somme peut être augmentée ou diminuée ultérieurement selon l'évolution des primes. RMS me préviendra à l'avance par écrit du montant révisé.

Je préviendrai RMS par écrit, avant la date du débit suivant, de tout changement de mon compte ou de mon désir de mettre fin à la présente autorisation.

Je reconnais que la remise de la présente autorisation à RMS constitue une remise à l'établissement susmentionné.

Exemplaire du chèque spécimen

M. JEAN DUPONT
00

Payable à l'ordre de

SPÉCIMEN

BANQUE PERSONNELLE

1000 2100 661 770 964076 2121

Le Numéro du chèque (pas requis) →

Succursale bancaire (5 à 6 chiffres) →

Nom de la banque (3 chiffres) →

Le numéro du compte du client (7 à 12 chiffres) →