



The strength you need. The care you deserve.

PO BOX 220 MONCTON NB E1C 8L3 TEL: 1-800-667-4511 FAX: (506) 867-4651

DIRECT DEPOSIT REQUEST

Policy No.

Identification No.

Type of Account

Chequing

Current

Savings

My/Our Name(s) (Please Print)

Bank Account Number

Bank Name

Branch No.

I request my benefits be paid through electronic funds transfer (direct deposit) into this account. This authorization may be cancelled at any time upon written notice by me/us.

Bank Address

Date

City

Province

Signature as you sign your cheque

IMPORTANT - PLEASE INCLUDE A COPY OF YOUR CHEQUE MARKED "VOID"
PLEASE ADVISE US IN WRITING OF ANY CHANGE IN BANKING ARRANGEMENTS

PLEASE SEND COMPLETED FORMS TO: Atlantic Blue Cross Care

P.O. Box 220, Moncton, NB, E1C 8L3

ATTENTION: Customer Support

N° de la police

N° d'identification

Nom (Caractères d'imprimerie)

Nom de la banque

N° de la succursale

Adresse de la banque

Ville

Province

Genre de compte Chèques Courant Épargne

Numéro du compte bancaire

Je demande que mes prestations soient payées au moyen du transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte. Cette autorisation peut être annulée à n'importe quel moment sur avis écrit de ma part.

Date

Signature - comme sur vos chèques

**IMPORTANT - VEUILLEZ INCLURE UNE COPIE DE VOTRE CHÈQUE PORTANT LA MENTION «NUL»
VEUILLEZ NOUS AVISER PAR ÉCRIT DE TOUT CHANGEMENT AUX ARRANGEMENTS BANCAIRES
VEUILLEZ ENVOYER LES FORMULAIRES REMPLIS À : Service Croix Bleue de l'Atlantique
C.P. 220, Moncton (N.-B.) E1C 8L3
À l'attention du Soutien à la clientèle**