MANITOBA
PUBLIC INSURANCE

Formulaire de dépôt direct

Numéro de demande d'indemnisation :

Nom du client : _____

Adresse postale du client : _____

_____

_____

Si vous avez rempli un formulaire Autorisation de communiquer avec la Société d'assurance publique du Manitoba par courriel, vos relevés de paiement électronique vous seront envoyés par courriel à l'adresse électronique indiquée dans ce formulaire.

Type de compte bancaire (cochez une case) : ____ **Compte-chèques**
____ **Compte d'épargne**

Vous devez joindre un chèque annulé ou un relevé imprimé de votre institution financière confirmant votre nom au complet et les renseignements sur votre compte, y compris le numéro de succursale, le numéro transitaire et le numéro de compte.

La Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM) est autorisée par les présentes à déposer les fonds à payer au bénéficiaire dans le compte indiqué ci-dessus (« le compte »). Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit expressément révoquée. La révocation doit se faire au moyen d'un avis écrit à la SAPM et à l'institution financière où se trouve le compte, et elle n'entrera en vigueur que lorsque les deux parties auront reçu l'avis.

_____ _____

Signature du client **Date (JJ-MM-AAAA)**

Veuillez retourner le formulaire rempli à :

Société d'assurance publique du Manitoba
Gestion des demandes d'indemnisation des dommages corporels
C.P. 6300
Winnipeg (Manitoba) R3C 4A4
Numéro de télécopieur : 204-954-5332