

J'autorise L'UNION-VIE, compagnie mutuelle d'assurance, à débiter mon compte sur l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus en vertu de la ou des police(s) énumérée(s) plus bas.

Numéro de transit : _____ Numéro de compte : _____

Genre de compte : Chèque Épargne Type de service : Personnel Entreprise

Périodicité : Mensuelle Annuelle Demande de changement de mode de paiement

Je désire que les prélèvements soient faits le _____ (entre le 1^{er} et le 28) jour de chaque mois OU à la date d'échéance pour les paiements annuels.

VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN PRÉLIBELLÉ ET/OU SIGNÉ DE VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance, ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins **5 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit** à l'adresse de L'Union-Vie. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un D.P.A. du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

L'Union-Vie ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins 10 jours de préavis écrit.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout D.P.A. qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de D.P.A. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

NOM DU PROPRIÉTAIRE : _____

ADRESSE : _____

➤ DEMANDE D'AJOUT OU DE MODIFICATION D'UN DÉBIT PRÉAUTORISÉ MENSUEL OU ANNUEL			
No de police	Prime	Remboursement d'avance	D.P.A. total

➤ DEMANDE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ SPÉCIAL UNIQUE			
Par la présente, j'autorise L'UNION-VIE à faire un D.P.A. spécial unique en date du _____ / _____ / _____ afin de mettre ma ou mes police(s) à jour.			
No de police	Prime	Remboursement d'avance	D.P.A. total

➤ DEMANDE D'ARRÊT DES PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS			
Je soussigné(e), payeur de primes de la ou des police(s) mentionné(es) ci-dessous, demande à L'UNION-VIE d'annuler l'autorisation de débit préautorisé (D.P.A.) actuellement en usage pour le paiement des primes. Aussi, je dégage L'UNION-VIE de toutes responsabilités consécutives à cette révocation.			
No de police	Prime	Remboursement d'avance	D.P.A. total

X _____ / /
SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE (Telle qu'elle apparaît sur le spécimen)

X _____ / /
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE

X _____ / /
SIGNATURE D'UN TÉMOIN

** N.B. S'il s'agit d'un compte conjoint où plusieurs signatures sont requises, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation.