

NOUVELLE DEMANDE MODIFICATION ANNULATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE GROUPE

NOM DU GROUPE (Payeur)		N° DE GROUPE (Contrat)	
ADRESSE (Numéro, Rue, Ville)		PROVINCE	CODE POSTAL

RENSEIGNEMENTS BANCAIRES *(Veuillez joindre un chèque portant la mention « nul » et compléter les informations demandées ci-dessous.)*

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE	TRANSIT 5 CHIFFRES	SUCC. 3 CHIFFRES	COMPTE 7 CHIFFRES
ADRESSE (Numéro, Rue, Ville)		PROVINCE	CODE POSTAL
NOM DU SIGNATAIRE AUTORISÉ	TITRE		
NOM DU SECOND SIGNATAIRE AUTORISÉ (S'il y a lieu)	TITRE		

INSTRUCTIONS DE PRÉLÈVEMENTS *(Veuillez utiliser un formulaire distinct par instruction.)*

LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE S'APPLIQUERA SUR LE MONTANT TOTAL FACTURÉ LORS DE LA FACTURATION MENSUELLE CONFORMÉMENT AUX GARANTIES ASSURÉES SELON LES DISPOSITIONS DU CONTRAT. LE MONTANT DU PREMIER PRÉLÈVEMENT BANCAIRE POURRAIT INCLURE TOUT SOLDE IMPAYÉ ANTÉRIEUR.

JOUR DE PRÉLÈVEMENT DÉSIRÉ :	APPLICABLE POUR :
<input type="checkbox"/> LE 1 ^{ER} JOUR DE CHAQUE MOIS (CHOIX PAR DÉFAUT)	<input type="checkbox"/> TOUTES LES DIVISIONS
<input type="checkbox"/> LE _____ JOUR DE CHAQUE MOIS (DOIT ÊTRE AVANT LE 15 DU MOIS)	<input type="checkbox"/> LES DIVISIONS SUIVANTES _____

SI LE PAIEMENT DE LA PRIME DE DÉPÔT INITIAL EST EFFECTUÉ PAR PRÉLÈVEMENT BANCAIRE, LA DATE DE CE PRÉLÈVEMENT SERA EFFECTUÉE DANS LES JOURS QUI SUIVENT L'IMPLEMENTATION DU GROUPE À NOS SYSTÈMES. LE JOUR DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE DE LA PRIME POURRAIT DONC ÊTRE DIFFÉRENT QUE LE JOUR DE PRÉLÈVEMENT DÉSIRÉ INDIQUÉ CI-DESSUS.

AUTORISATION ET SIGNATURE(S)

PAR LA PRÉSENTE, JE, SOUSSIGNÉ(E), EN MA QUALITÉ DE SIGNATAIRE DU COMPTE BANCAIRE IDENTIFIÉ CI-DESSUS, AUTORISE **L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE** À EFFECTUER LE PRÉLÈVEMENT MENSUEL DES PRIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE SELON LES INSTRUCTIONS INDIQUÉES CI-DESSUS. JE COMPRENDS QUE LE MONTANT DU PRÉLÈVEMENT DÉPEND DES GARANTIES EN VIGUEUR AU MOMENT DE LA FACTURATION. JE SUIS AVISÉ(E) QUE DES FRAIS DE 25,00 \$ SERONT AJOUTÉS AU MONTANT FACTURÉ CHAQUE FOIS QU'UN PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT NE SERA PAS HONORÉ. J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT EXACTS ET JE M'ENGAGE À AVISER L'UNION-VIE, PAR ÉCRIT, DE TOUT CHANGEMENT. J'ACCEPTÉ QUE CETTE ENTENTE DE PRÉLÈVEMENT PUISSE ÊTRE RÉSILIÉE PAR L'UNION-VIE OU PAR MOI-MÊME SUR AVIS ÉCRIT DEVANT ÊTRE REÇU AU MOINS 10 JOURS OUVRABLES AVANT LA DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT PRÉVU.

PAR	DATE AAAA - MM - JJ
PAR (second signataire s'il y a lieu)	DATE

555 (2020-03) UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

RETOURNER À :

L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE 142 RUE HERIOT, C.P. 696, DRUMMONDVILLE, QUÉBEC J2B 6W9 TÉL. : 819-478-1315 POSTE 2071 - SANS FRAIS : 1-800-567-0988 - TÉLÉCOPIEUR : 819-474-1990
--