

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Je, soussigné, le payeur, autorise UV Assurance à débiter mon compte enregistré à l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus à UV Assurance en vertu du contrat d'assurance mentionné ci-dessous.

Section A – Informations du propriétaire

1. Prénom _____ Nom _____

Section B – Informations du payeur

1. Prénom _____ Nom _____

2. Date de naissance [J | J | M | M | A | A | A | A] 3. Sexe H F

4. Adresse principale _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal [| | | | |]

5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
De plus, veuillez compléter le formulaire (FQC088).

6. Téléphone principal [| | | |]-[| | | |]-[| | | |], poste [| | | |] Cellulaire Résidence Bureau

7. Courriel _____

Section C – Informations bancaires

1. Nom de l'institution financière _____

2. Adresse de la succursale _____
Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal [| | | | |]

3. Type de compte Chèque Épargne 4. Type de service Particulier Entreprise

5. N° de transit [| | | | |] N° d'institution [| | | |] N° de compte _____

6. Fréquence Mensuelle Annuelle

7. Prélever la première prime directement dans le compte Oui Non

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

Important : Joindre un spécimen de chèque de votre institution financière avec la mention « NUL ».

Section D – Précisions relatives à la demande

Par la présente, je demande pour le contrat n° _____

un changement de mode de paiement;

un changement de compte pour un débit préautorisé existant;

à UV Assurance de débiter exceptionnellement un montant de _____ \$ de mon compte
en date du [J | J | M | M | A | A | A | A];

à UV Assurance de cesser tout débit de mon compte relativement au contrat n° _____. Je comprends que ce contrat pourrait prendre fin suite à cette demande si la prime n'est pas payée dans les délais.

Section E – Déclaration

La présente autorisation devra au besoin se lire au pluriel si elle est signée par plus d'une personne. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que UV Assurance ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit au siège social de UV Assurance. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

UV Assurance 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 dix (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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Section F – Signatures

Signé à _____ J | J | M | M | A | A | A | A

X _____
Signature du titulaire 1 du compte*

X _____
Signature du titulaire 2 du compte*

X _____
Signature du propriétaire du contrat

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