



DEMANDE DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES DES PRIMES
ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE INITIALE 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 donner 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.

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 _____

LE PREMIER PRÉLÈVEMENT BANCAIRE POURRAIT COMPRENDRE LA PRIME DE DEUX MOIS, SELON LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE.

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 (2015-01)

RETOURNER À :

<p>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</p>
