

Autorisation de payeur (prélèvements bancaires automatiques)

Nouvelle demande Modification aux renseignements actuels

Par la présente, j'autorise l'institution financière mentionnée ci-dessous à débiter mon compte des sommes payables à L'Unique assurances générales inc., ci-après nommé « L'Unique » de mes primes d'assurance et des frais et taxes applicables.

- Je comprends que cette autorisation peut être annulée en tout temps sur avis écrit de ma part, sous réserve d'un préavis qui ne dépasse pas 30 jours. Le payeur peut obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur son droit d'annuler l'Accord de débits préautorisés, en s'adressant à son institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
- J'ai/nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai/nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de débits préautorisés. Pour obtenir plus d'information sur mes/nos droits de recours, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
- Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé la présente autorisation ci-dessous.
- Les changements de prime découlant du renouvellement ou d'une modification de la couverture de la police refléteront automatiquement sur les versements.
- Je m'assurerai que des fonds soient disponibles à chaque date d'échéance et je comprends que le refus de paiement entrainera des frais de 25 \$.
- J'ai reçu une copie de cette autorisation et j'ai pris connaissance et j'accepte ces conditions et modalités.
- Je reconnais que cette autorisation concerne seulement les débits préautorisés dans les catégories suivantes conformément à la règle H1 de l'Association canadienne de paiements : débits préautorisés.
- Je recevrai, relativement aux débits préautorisés de montant fixe, un avis écrit de l'assureur précisant le montant à porter au débit du compte et la ou les dates d'échéance du débit, au moins 10 jours civils avant la date d'échéance du premier débit préautorisé, et cet avis doit être reçu chaque fois qu'il y a un changement du montant ou de la ou des dates de paiement.
- Le compte sur lequel mon institution financière est autorisée à tirer des débits préautorisés est indiqué ci-après. Un chèque spécimen a été marqué « Annulé » et est joint à la présente autorisation.
- Je m'engage à informer ma compagnie d'assurance, par écrit, de tout changement aux renseignements sur compte qui sont communiqués dans la présente autorisation avant la prochaine date d'échéance du paiement.
- Je reconnais que mon assureur n'est pas tenu de vérifier que le débit préautorisé a été émis conformément aux détails de l'autorisation du payeur, notamment, mais sans limitation, en ce qui a trait au montant.
- Je comprends que cette autorisation est continue et s'appliquera automatiquement aux conditions de renouvellement, à moins d'avis contraire.
- Je consens à ce que ma compagnie d'assurance communique à leur institution financière tous renseignements personnels qui peuvent être contenus dans ce formulaire d'autorisation, dans la mesure où telle communication de renseignements personnels est directement liée et nécessaire à l'exécution appropriée de la transaction préautorisée de débit pour le numéro de police indiqué ci-dessus.
- Je comprends que je peux obtenir plus d'information concernant les politiques de mon courtier et de mon assureur relativement à la protection des renseignements personnels en communiquant avec leur agent de la protection de la vie privée.
- Je reconnais qu'il me sera possible en tout temps d'interdire l'utilisation ou la communication de mes renseignements personnels aux fins d'autorisation de paiements automatiques. Cette autorisation sera donc annulée et je devrai alors faire les arrangements nécessaires pour le paiement de la (les) prime(s).

Nom et prénom de l'Assuré	N° police	Quantième	Assurance
_____	_____	_____	_____
Nom et prénom du titulaire du compte (en caractères d'imprimerie)			Nombre de périodes désirées
_____			_____

INSTITUTION FINANCIÈRE ET RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE

Nom : _____

N° de transit : _____ N° d'institution : _____ N° de compte : _____

JOINDRE UN SPÉCIMEN PORTANT LA MENTION « ANNULÉ »

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE (si différente de la signature de l'assuré ci-dessous)

Date : _____
Année Mois Jour

(Autre titulaire)

Date : _____
Année Mois Jour

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

Date : _____
Année Mois Jour

(Autre assuré)

Date : _____
Année Mois Jour