

Demande de remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie tombé en déchéance dans les six derniers mois

Envoyer le formulaire dûment rempli par la poste ou par télécopieur à la Financière Manuvie, Assurance individuelle :

Au Québec
Siège du Québec
2000, rue Mansfield, bur. 1310
Montréal (Québec) H3A 3A1
Téléc. : 1 877 271-5494

Toutes les provinces sauf le Québec
500 King Street North
P.O. Box 1669
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
Téléc. : 1 877 763-8834

- *Vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat, sauf indication contraire.
- *Nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat indiqué à la section 1.
- Utilisez le présent formulaire pour demander la remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie qui est tombé en déchéance au cours des six derniers mois. Utilisez le formulaire *Demande de modification* (NN7001F) pour demander la remise en vigueur d'un contrat qui est tombé en déchéance il y a plus de six mois.
- Nous pouvons exiger une preuve d'assurabilité supplémentaire pour remettre votre contrat en vigueur.

1 Renseignements sur le contrat	Nom du titulaire du contrat (prénom et nom de famille)		Numéro du contrat		
	Nom du conseiller (prénom et nom de famille)		Code du conseiller	Code de la succursale	
	Nom de l'assuré « A » (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa par exemple, 23/JUIL/1948)		
	Adresse	Ville	Province	Code postal	
	Nom de l'assuré « B » (prénom et nom de famille)		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa par exemple, 23/JUIL/1948)		
	Adresse	Ville	Province	Code postal	
2 Preuve d'assurabilité	Dans la présente section, <i>vous, votre</i> et <i>vos</i> renvoient à l'assuré au titre du contrat, y compris tout assuré au titre d'une garantie Protection des enfants ou d'une autre garantie.				
	1. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, avez-vous été hospitalisé ou admis dans un autre établissement médical, subi une intervention chirurgicale ou reçu une recommandation à ces fins?				<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	2. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, avez-vous été traité pour une maladie du cœur, le diabète, un accident vasculaire cérébral ou un cancer, ou un professionnel de la santé vous a-t-il recommandé de vous faire traiter pour l'une de ces affections?				<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	3. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 10 jours consécutifs en raison d'un accident ou d'une maladie, quels qu'ils soient?				<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	4. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du système immunitaire, y compris de sida ou de para-sida, ou d'hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposé au virus du sida (c.-à-d. VIH, HTLV-III, LAV)?				<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
	5. Une assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée vous a-t-elle déjà été refusée ou offerte avec une couverture restreinte ou moyennant une surprime?				<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Précisions	Si vous avez répondu <i>oui</i> à l'une des questions de la section 2, veuillez fournir des précisions ci-dessous en indiquant le numéro de la question visée, les dates ainsi que le nom et l'adresse de tout médecin que vous avez consulté, le cas échéant.				

3 Autorisations, conventions et signatures

Dans la présente section, *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat et aux assurés. En signant ci-dessous, vous consentez à ce que nous utilisions les renseignements personnels que nous avons recueillis dans la présente demande pour évaluer cette dernière et bien administrer nos produits et services financiers.

Veillez lire attentivement la totalité de la présente section. On y explique comment vos renseignements personnels servent à établir et à administrer le contrat d'assurance que vous avez demandé.

À la fin de la présente section, nous vous demandons de signer pour attester que vous autorisez et acceptez les façons dont nous recueillons, utilisons, communiquons et conservons vos renseignements personnels et que vous acceptez les conditions énoncées dans la présente demande. Vous ne pouvez modifier le libellé de la section 3 d'aucune façon. Toute tentative en ce sens sera sans effet.

Collecte de vos renseignements personnels

Outre les renseignements personnels que vous fournissez dans la présente demande, nous devons peut-être :

- exiger tout test qui pourrait être nécessaire pour que nous décidions si nous vous assurons, et à quelles conditions, notamment un examen médical, une radiographie ou une analyse sanguine;
- obtenir de tout médecin, praticien, hôpital, établissement paramédical, de toute société d'assurance, de tout autre organisme ou de toute personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous, votre situation financière ou votre état de santé, les renseignements que nous et nos réassureurs concernés exigeons pour établir et administrer le contrat d'assurance que vous avez demandé;
- obtenir vos renseignements personnels du Bureau de renseignements médicaux, comme l'explique l'avis que nous vous avons fourni;
- obtenir du bureau des véhicules automobiles de la province visée une copie de tout dossier de conduite automobile jugé pertinent pour l'étude de la présente demande de remise en vigueur;
- obtenir un rapport d'enquête, d'évaluation du crédit ou de solvabilité.

Nous pouvons désigner un mandataire pour recueillir, en notre nom, vos renseignements personnels.

Communication de vos renseignements personnels

Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels aux personnes, organismes et fournisseurs de services suivants :

- nos employés et mandataires qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches;
- les fournisseurs de services externes qui en ont besoin pour nous fournir leurs services, notamment
 - les organismes de services paramédicaux,
 - les tarificateurs,
 - les enquêteurs en sinistres et organismes d'enquête,
 - les fournisseurs de services de traitement et de stockage de l'information, de programmation, d'impression, de courrier et de distribution;
- les sociétés de réassurance concernées, pour leur permettre d'évaluer et d'administrer tout risque d'assurance qu'elles acceptent;
- votre conseiller et toute agence qui emploie votre conseiller ou l'a désigné comme son agent, ainsi que leurs employés;
- le Bureau des renseignements médicaux, comme l'explique l'avis que nous vous avons fourni;
- les personnes à qui vous avez accordé l'accès à ces renseignements;
- les personnes légalement autorisées à examiner vos renseignements personnels.

Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être communiqués conformément aux lois de ces territoires de compétence.

Il y a d'autres cas où nous pouvons communiquer à des tiers des éléments de vos renseignements personnels, comme il est indiqué ci-dessous.

- Nous pouvons communiquer à votre médecin des renseignements médicaux recueillis à votre sujet.
- Nous pouvons communiquer vos renseignements personnels à un organisme ou à une personne auprès desquels nous recueillons des renseignements à votre sujet, mais seulement dans la mesure où cela est nécessaire pour obtenir les renseignements dont nous avons besoin.
- Si les tests de laboratoire effectués sur vous à notre demande donnent des résultats positifs relativement à des maladies infectieuses tels le sida ou l'hépatite, nous pouvons communiquer ces renseignements aux organismes de santé publique concernés.

Comme les renseignements médicaux que vous donnez dans la présente demande feront partie du contrat imprimé, dans le cas d'un contrat conjoint ou d'un contrat dont le titulaire est une société, ils seront intégrés au contrat délivré au(x) titulaire(s) et à tout titulaire ultérieur.

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

Renseignements additionnels sur notre politique de confidentialité

Vos renseignements personnels, que vous pouvez demander à vérifier, seront conservés de la façon décrite dans la politique de confidentialité de la Division canadienne de la Financière Manuvie (document qu'on peut se procurer auprès de son Bureau de la protection des renseignements personnels ou consulter sur son site Web à www.manuvie.ca>Politique de confidentialité). Vous pouvez aussi écrire à l'adresse suivante :

Bureau de la protection des renseignements personnels – Assurance individuelle
25 Water Street S.
P.O. Box 800 Stn C
Kitchener (Ontario) N2G 4Y5

Conditions relatives à la remise en vigueur d'un contrat

Si nous acceptons de remettre votre contrat en vigueur, le présent formulaire fera partie intégrante de ce document.

Le présent formulaire de demande de remise en vigueur comprend les pages 1 à 5, toutes les réponses que vous avez fournies, ainsi que toutes les déclarations écrites soumises à l'égard de votre demande.

En signant à la page suivante, vous convenez de ce qui suit :

- Vous nous demandez de remettre en vigueur le contrat indiqué à la page 1 du présent formulaire.
- La remise en vigueur d'un contrat prend effet lorsque la somme qui nous est due à la suite de celle-ci est payée et que la demande de remise en vigueur est approuvée par nous à notre siège social, pourvu qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité des assurés depuis que la présente demande de remise en vigueur a été remplie.
- Nous avons le droit de contester la validité d'une remise en vigueur si un assuré ou un titulaire de contrat a fait une fausse déclaration, dans un but frauduleux ou non, soit en omettant de nous informer d'un fait déterminant, soit en présentant de façon inexacte un fait déterminant dans une demande, lors d'un examen médical ou dans tout autre élément d'information nous ayant été soumis comme preuve d'assurabilité.
- La période de contestabilité de toute couverture d'assurance correspond aux deux premières années qui courent à partir des dates suivantes :
 - date d'effet d'une modification que vous avez demandée et qui nécessite l'actualisation de la preuve d'assurabilité touchant à la couverture visée;
 - date de la dernière remise en vigueur du contrat;
 - date d'établissement de la couverture.
- En cas de déclaration inexacte de l'âge ou du sexe d'un assuré, toute prestation payable au titre d'une couverture d'assurance ou de garantie complémentaire établie sur la tête de cet assuré est portée ou ramenée au montant d'assurance que nous aurions payé selon la dernière prime payée pour cette couverture et selon le montant d'assurance que cette prime aurait permis de souscrire selon l'âge ou le sexe véritables de l'assuré. Dans le cas où nous n'aurions pas établi la couverture, nous avons le droit de déclarer la couverture invalide au cours de la période prévue par la loi.
- En cas de fraude, nous pouvons contester en tout temps.
- Les autorisations que vous accordez demeureront en vigueur après le décès du titulaire du contrat et des assurés, afin que nous puissions évaluer toute demande de règlement au titre du contrat et nous conformer aux exigences des lois.
- Si le contrat est tombé en déchéance dans les trois derniers mois et si les primes étaient acquittées ou les paiements étaient effectués au moyen d'un plan de prélèvement mensuel automatique sur le compte, nous rétablirons le plan, auquel cas les titulaires du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements :
 - conviennent que nous pouvons porter le montant des prélèvements au montant nécessaire pour maintenir le contrat en vigueur par suite de la remise en vigueur;
 - **renoncent au droit de recevoir un avis de 10 jours indiquant le montant du prélèvement mensuel.**

Si le contrat est tombé en déchéance il y a plus de trois mois et si les primes du contrat étaient acquittées par prélèvement mensuel automatique sur le compte, le payeur doit remplir le formulaire *Demande d'établissement d'un nouveau plan de prélèvement mensuel automatique ou de modification d'un plan existant* (NN0312F), pour confirmer les renseignements nécessaires à l'établissement du plan de prélèvement automatique relatif au contrat remis en vigueur.

3 Autorisations, conventions et signatures (suite)

Communication de vos renseignements personnels à votre conseiller

- Si nos constatations concernant votre tension artérielle, votre taux de cholestérol ou votre rapport taille-poids influent sur l'évaluation de votre demande de modification ou de remise en vigueur, nous pouvons communiquer ces renseignements à votre conseiller.
- Si les renseignements que vous fournissez dans la demande ou au cours d'un entretien téléphonique ou d'un examen paramédical influent sur l'évaluation de votre demande de modification ou de remise en vigueur, nous pouvons indiquer à votre conseiller à quoi les renseignements visés ont trait (à vos antécédents familiaux, à votre dossier médical ou à votre style de vie).

Vous consentez à ce que nous communiquions ces renseignements à votre conseiller, comme décrit ci-dessus, et à ce que celui-ci les utilise pour discuter avec vous de vos diverses options d'assurance. Sinon, cochez la case appropriée ci-dessous.

L'assuré « A » ne donne pas son consentement.

L'assuré « B » ne donne pas son consentement.

Signatures

Veillez revoir la présente demande, y compris les autorisations et conventions, et signer ci-dessous. En signant ci-dessous, vous confirmez ce qui suit :

- vous comprenez que la remise en vigueur n'est approuvée que sous réserve des dispositions du contrat et de nos règles administratives en vigueur;
- vous avez lu la présente demande et vous confirmez que les déclarations qu'elle contient sont complètes, à jour et exactes; vous nous aviserez sans délai de toute erreur ou omission;
- vous acceptez les conditions énoncées dans la présente demande;
- une copie du présent document est aussi valide que l'original.

Fait à (ville et province)		Date (jj/mmmm/aaaa par ex. 23/JUIL/2010)	
Signature de l'assuré « A »	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X	X		
Signature de l'assuré « B »	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X	X		
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B »)*	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X	X		
Titre (s'il y a lieu)			
Signature du titulaire du contrat (s'il ne s'agit ni de l'assuré « A » ni de l'assuré « B »)*	Signature du témoin	Date (jj/mmmm/aaaa)	
X	X		
Titre (s'il y a lieu)			
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.		

* Si le titulaire est une société par actions, nous exigeons :

- la signature et le titre de deux signataires autorisés;

ou

- la signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société.

Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, en plus de signer, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Autorisation relative aux prélèvements mensuels (dans le cas de titulaires de compte qui ne sont ni titulaires de contrat ni assurés)

Nom du titulaire de compte n° 1 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)		Nom du titulaire de compte n° 2 (prénom et nom de famille) (si cette personne n'a pas signé ci-dessus)	
Signature du titulaire de compte n° 1*		Signature du titulaire de compte n° 2*	
X		X	
Titre (s'il y a lieu)		Titre (s'il y a lieu)	
Dans le cas d'une société par actions : dénomination sociale complète (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)			
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.		

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « A »

Vous, votre et vos renvoient aux assurés et à la mère, au père ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. *Nous, notre et nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré « A » X	
Signature du témoin X	

Si l'assuré a moins de 18 ans :

Lien avec l'assuré :

Mère Père Tuteur

Signature de la mère, du père ou du tuteur X
Signature du témoin X

Autorisation de communiquer des renseignements – Assuré « B »

Vous, votre et vos renvoient aux assurés et à la mère, au père ou au tuteur des enfants à assurer âgés de moins de 18 ans. *Nous, notre et nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, cliniques et autres établissements médicaux ou paramédicaux, aux sociétés d'assurance, au Bureau de renseignements médicaux et à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre état de santé, ou sur vos enfants ou leur état de santé, le cas échéant, de les partager avec nous ou avec les réassureurs concernés.

Fait à (ville)	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature de l'assuré « B » X	
Signature du témoin X	

Si l'assuré a moins de 18 ans :

Lien avec l'assuré :

Mère Père Tuteur

Signature de la mère, du père ou du tuteur X
Signature du témoin X


Financière Manuvie **Note de couverture**

Montant reçu \$	La prime doit être payée par chèque; le chèque doit être libellé à l'ordre de la Financière Manuvie et tiré sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.
--------------------	---

En signant ci-dessous, le conseiller confirme que ce paiement s'applique à toute assurance vie demandée dans le présent document et couvrant les personnes nommées ci-dessous.

Nom de l'assuré « A » (prénom et nom de famille) X	Nom de l'assuré « B » (prénom et nom de famille) X
Montant total de la couverture d'assurance demandée \$	Date (jj/mmmm/aaaa) Signature du conseiller X

Détacher et remettre au titulaire du contrat


Financière Manuvie **Bureau de renseignements médicaux**

Nous estimons que les renseignements contenus dans votre demande sont confidentiels. Cependant, la Financière Manuvie ou ses réassureurs chargés de votre contrat peuvent faire un rapport au Bureau de renseignements médicaux en se basant sur votre demande, ou à d'autres sociétés d'assurance auxquelles vous soumettez une proposition d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée ou auxquelles une demande de règlement a été présentée.

Le Bureau de renseignements médicaux est un organisme à but non lucratif mis sur pied par les sociétés d'assurance vie pour communiquer des renseignements à ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une société membre, le Bureau de renseignements médicaux communiquera tout renseignement qu'il possède à votre sujet dans ses dossiers.

Vous pouvez vérifier les renseignements contenus dans votre dossier, et exiger une rectification s'il y a lieu, en communiquant avec le bureau à l'adresse suivante :

Bureau de renseignements médicaux
330 University Avenue, Suite 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Télécopieur : 416 597-1193
Courriel : canada_disclosure@mib.com

Demande d'établissement d'un nouveau plan de prélèvement mensuel automatique ou de modification d'un plan existant

Envoyer par la poste à :

 La Financière Manuvie, Assurance individuelle
 500 King Street North
 P.O. Box 1669
 Waterloo (Ontario) N2J 4Z6
 ou par télécopieur au : 1 866 257-6207

- *Nous, notre* et *nos* renvoient à l'assureur qui a établi le contrat mentionné ci-après.
- *Vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire du contrat, sauf indication contraire.

1 Renseignements généraux	Numéro du contrat Nom du titulaire de contrat n° 1 ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société par actions (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)				Nom du titulaire de contrat n° 2 ou dénomination sociale complète dans le cas d'une société par actions (y compris les mentions « Cie », « limitée », « inc. », etc.)				
	Qui paiera les primes? <input type="radio"/> vous ou								
	Nom (prénom et nom de famille)			Lien avec le titulaire du contrat					
	Adresse			Ville		Province		Code postal	
	Nom (prénom et nom de famille)			Lien avec le titulaire du contrat					
	Adresse			Ville		Province		Code postal	
2 Établissement d'un nouveau plan de prélèvement mensuel automatique	Montant du prélèvement mensuel automatique				Montant de l'option Dépôt* (le cas échéant)				
	Jour du prélèvement mensuel souhaité (du 1 ^{er} au 28)**				Date du premier prélèvement** (jj/mmmm/aaaa)				
*Offerte seulement avec les contrats Performax et Performax Or admissibles ** Cette date doit précéder d'au moins quatre (4) jours la date d'anniversaire contractuel/le jour du traitement mensuel. Votre plan de prélèvement mensuel automatique prendra effet à cette date.	Nota : Le compte doit être un compte-chèques en monnaie canadienne et ne peut pas être une marge de crédit. Utiliser les données bancaires : <input type="radio"/> du chèque ci-joint portant la mention « NUL » (fixer le chèque à la présente page) <input type="radio"/> indiquées ci-dessous : (ne remplissez le tableau ci-dessous que si vous ne joignez pas un chèque portant la mention « NUL »).								
	Nom de la banque ou institution financière canadienne		Numéro de domiciliation	Numéro de l'institution		Numéro du compte			
3 Modification d'un plan de prélèvement mensuel automatique existant	<input type="radio"/> ajouter un autre contrat à un plan de prélèvement mensuel automatique existant					N° du contrat à ajouter au plan existant			
	<input type="radio"/> modifier la somme prélevée					Nouvelle somme à prélever			
	<input type="radio"/> faire des versements en vue de rembourser une avance, au moyen d'un plan de prélèvement mensuel automatique					Somme à ajouter à la somme prélevée, en vue de rembourser une avance			
	<input type="radio"/> modifier la date du prélèvement mensuel					Nouveau jour du prélèvement mensuel			
4 Signatures	Dans la présente section, <i>vous, votre</i> et <i>vos</i> renvoient au(x) titulaire(s) du compte bancaire sur lequel seront effectués les prélèvements mensuels automatiques. En nous demandant d'établir un plan de prélèvement automatique sur le compte (PAC) pour effectuer les paiements périodiques, vous convenez de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • vous nous autorisez à effectuer des prélèvements mensuels sur votre compte bancaire pour effectuer les paiements afférents au contrat; • à moins d'avis contraire dans la présente entente, les prélèvements seront effectués à la date que vous avez indiquée ci-dessus; • le montant des prélèvements variera, il peut être plus élevé si nécessaire pour couvrir les frais du contrat (exemple : s'il est prévu que les primes de votre contrat changent); et • vous renoncez au droit de recevoir un préavis de 10 jours indiquant le montant et la date de chaque prélèvement automatique mensuel effectué sur votre compte. Conséquences si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique Si votre banque ou institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique, nous pourrions tenter d'effectuer le prélèvement de nouveau dans les 30 jours.								

4 Signatures (suite)

Si cette deuxième tentative échoue aussi, nous pourrions tenter d'effectuer ce prélèvement en même temps que le prélèvement du mois suivant.

Nous nous réservons le droit de mettre fin au plan sans délai si un prélèvement n'est pas honoré.

Modifications au plan de prélèvement automatique

Vous pouvez demander par téléphone ou par écrit que soit changé le montant du prélèvement mensuel automatique ou le compte bancaire sur lequel le retrait est effectué. Nous devons recevoir votre demande au moins trois jours avant la date du prochain prélèvement automatique. Le conseiller attitré peut également faire ces changements en votre nom.

Contrats vie universelle et Performax Or seulement

Dans le cas d'un contrat d'assurance vie universelle ou d'un contrat Performax Or, nous avons le droit de changer la date du prélèvement mensuel pour que celle-ci précède d'au moins quatre jours le jour du traitement mensuel de votre contrat.

Renseignements concernant les prélèvements sur votre compte bancaire

Retraits personnels

Tous les prélèvements mensuels automatiques effectués sur votre compte sont considérés comme des retraits personnels au sens que leur donne l'Association canadienne des paiements (ACP) dans sa Règle H1 (voir le site Web www.cdnpay.ca).

Fin de l'entente PAC

Vous pouvez et nous pouvons mettre fin à l'entente PAC moyennant un préavis écrit de 10 jours, calculés à partir de la date à laquelle l'avis est posté. Pour obtenir un modèle de ce préavis ou pour tout complément d'information, veuillez communiquer avec votre banque ou institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

Prélèvements non autorisés

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre banque ou institution financière ou visitez le site www.cdnpay.ca.

Vos renseignements personnels

Vous nous autorisez à recueillir, utiliser, communiquer et échanger tout renseignement personnel nécessaire pour remplir toute obligation relative aux prélèvements sur votre compte bancaire.

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant les prélèvements sur votre compte bancaire

Si vous avez des questions ou des préoccupations à propos des prélèvements sur votre compte bancaire, n'hésitez pas à communiquer avec notre Centre de service à la clientèle au 1 888 626-8843, au Québec, ou au 1 888 626-8543, pour toutes les autres provinces.

Pour de plus amples renseignements au sujet de vos droits, communiquez avec votre banque ou institution financière, ou avec l'Association canadienne des paiements (www.cdnpay.ca).

Confirmation

Vous confirmez que toutes les personnes dont la signature est exigée pour ce compte ont signé ci-dessous, y compris tous les cotitulaires du compte et tous les signataires autorisés d'une société. Le titulaire du compte sur lequel seront effectués les prélèvements doit signer ci-dessous pour autoriser les prélèvements.

Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent signer si votre banque ou institution financière exige les deux signatures.

Si les prélèvements doivent être effectués sur un compte dont le titulaire est une société, fournissez des précisions sur le compte ainsi que la signature et le titre de deux signataires autorisés, ou la signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, veuillez signer dans la case où devrait signer le titulaire de compte n° 1 et apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Nom du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1		Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire de compte n° 1 ou du signataire autorisé n° 1 X		Titre (s'il y a lieu)
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.	
Nom du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 (le cas échéant)		Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du titulaire de compte n° 2 ou du signataire autorisé n° 2 X		Titre (s'il y a lieu)