

Autorisation de prélèvement bancaire (PB)



Ce formulaire s'applique aux contrats d'assurance-vie, d'assurance de soins de longue durée, d'assurance maladies graves et de rente à provision cumulative.

Renseignements sur le payeur (la personne ou l'entité qui verse les cotisations ou paie les primes)

Indiquez tous les numéros de contrat auxquels s'applique cette demande (xxxx,xxx-x)	
Prénom du payeur/de l'entité	Nom de famille du payeur

Remplissez cette section pour tous les produits d'assurance (sauf l'assurance temporaire, l'assurance maladies graves et l'assurance de soins de longue durée) et les produits d'épargne lorsque le payeur n'est pas le propriétaire du contrat.

Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Profession/profession avant la retraite/activité principale			
Lien avec le propriétaire du contrat	S'il s'agit d'une société : numéro d'enregistrement		S'il s'agit d'une société : pays/province de constitution	
Adresse (numéro et rue) Nota : Indiquer une case postale ou « poste restante » n'est pas acceptable.				Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal/Code zip	Numéro de téléphone

Type de demande

Sélectionnez la ou les options	Utilisez le présent formulaire pour :
<input type="checkbox"/> Établissement d'un nouveau PB	Établir un paiement mensuel
<input type="checkbox"/> Changement de payeur	Changer la personne ou l'entité qui verse les cotisations ou paie les primes. Nota : Si vous demandez uniquement un changement de payeur, il n'est pas nécessaire de remplir les sections Renseignements sur la demande et Montants en souffrance (contrats d'assurance seulement) ci-après.
<input type="checkbox"/> Prélèvement unique	Faire un prélèvement unique pour rembourser une avance, verser un paiement annuel et/ou les cotisations.

Renseignements sur la demande

Nota : les retraits qui coïncident avec un jour férié ou un jour de fin de semaine seront effectués le jour ouvrable suivant ou à la discrétion de la banque.

Montant du prélèvement unique	\$	Date du prélèvement (jj-mm-aaaa)
Montant total du prélèvement mensuel	\$	Date de début du prélèvement (jj-mm-aaaa)

Indiquez comment le montant du prélèvement doit être affecté aux contrats (les montants ci-dessous doivent correspondre au montant total du prélèvement.)

Numéro du contrat (xxxx,xxx-x)	Primes/coût de l'assurance	Avance sur contrat	Compte à intérêt quotidien (rentes en cours de capitalisation seulement)	Autre (précisez)
	\$	\$	\$	
Numéro du contrat (xxxx,xxx-x)	Primes/coût de l'assurance	Avance sur contrat	Compte à intérêt quotidien (rentes en cours de capitalisation seulement)	Autre (précisez)
	\$	\$	\$	

ACPF



Montants en souffrance (contrats d'assurance seulement)

S'il y a des primes ou des montants en souffrance au titre d'un contrat, nous préleverons automatiquement le montant en souffrance dans les 10 jours ouvrables suivant le traitement de la demande. À moins d'indications d'une autre date de prélèvement ou d'une autre méthode de paiement de votre part, nous mettrons le compte à jour.

<input type="checkbox"/> Prélèvement pour régler les montants en souffrance	Date (jj-mm-aaaa)	Tout prélèvement effectué à partir des renseignements sur le nouveau PB sera effectué à la date indiquée.
<input type="checkbox"/> Autre	Veuillez préciser (chèque ci-joint, avance automatique de la prime, etc.)	
		Les montants en souffrance seront réglés en fonction de la méthode de paiement indiquée.

Renseignements bancaires

Veillez joindre un chèque portant la mention « NUL » ou un formulaire bancaire. Si vous n'avez pas de chèque, la plupart des institutions financières vous fourniront un formulaire pour indiquer ces renseignements.



Autorisation

Pour vous prévaloir du PB, vous devez accepter toutes les modalités de l'autorisation. Tous les payeurs du prélèvement bancaire (PB) acceptent ce qui suit :

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie peut effectuer en tout temps les prélèvements réguliers récurrents ou effectuer de temps à autre des prélèvements uniques sur le compte bancaire indiqué dans le présent formulaire ou sur tout compte que je peux/nous pouvons désigner dans l'avenir.
- Tous les prélèvements bancaires seront traités comme des prélèvements personnels aux termes des règles de Paiements Canada. Cela signifie que je dispose/nous disposons de 90 jours civils à compter de la date du traitement du prélèvement pour demander le remboursement de tout prélèvement non autorisé. Le montant du prélèvement est considéré comme variable aux termes des règles de Paiements Canada.
- Tout avis qui m'est/nous est destiné aux termes de la présente convention peut être envoyé à l'adresse du propriétaire du contrat la plus récente qui est consignée au dossier de la compagnie au moment de son envoi si je n'ai/nous n'avons pas fourni à la compagnie mon/notre adresse.
- Si un prélèvement n'est pas honoré, la compagnie peut mettre fin à la présente convention.
- Toutes les personnes dont la signature est requise pour ce compte ont signé la présente convention.
- La compagnie ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me/nous donner un préavis écrit d'au moins 10 jours.
 - **de cette autorisation avant le traitement du premier prélèvement; de tout prélèvement subséquent; et des changements du montant ou de la date des prélèvements apportés à ma/notre demande ou à celle de la compagnie.**
- **Je renonce/nous renonçons à l'exigence voulant que la compagnie m'avise/nous avise :**

Les payeurs peuvent mettre fin à cette autorisation n'importe quand en donnant à la compagnie un préavis de 10 jours. Pour obtenir des précisions sur vos droits de résiliation, veuillez communiquer avec votre institution financière. Il est possible d'obtenir un spécimen du formulaire de résiliation sur le site Web www.paiements.ca. Vous avez certains recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente convention. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout prélèvement qui n'est pas autorisé par la présente convention de PB ou qui n'est pas conforme à celle-ci. Pour obtenir des précisions sur les recours possibles, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le site Web www.paiements.ca. Veuillez noter que nous facturons des frais de 25 \$ si votre compte n'est pas suffisamment provisionné pour payer le prélèvement par PB de l'assurance.

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

Signature du payeur/de l'entité X	Date (jj-mm-aaaa)
S'il s'agit d'une société, inclure le nom et le titre du signataire autorisé.	