

# Assurance-santé personnelle – Autorisation de prélèvement bancaire (PB) pour les propositions Web

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL

Contrat 37000 – Numéro d'identification

Veillez remplir le présent formulaire si vous avez transmis une proposition Web d'Assurance-santé personnelle sur [www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca) et avez choisi de payer vos primes au moyen d'un prélèvement bancaire. Ce formulaire autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie à utiliser les renseignements bancaires que vous avez fournis sur la proposition Web. Veillez noter que nous devons recevoir le présent formulaire avant de pouvoir établir votre contrat.

## 1 Renseignements sur le propriétaire du contrat

Prénom du propriétaire du contrat		Nom	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone -- --
Numéro de référence Web (numéro à 7 chiffres que vous avez obtenu lorsque vous avez transmis votre proposition Web)			Date de transmission de la proposition Web (aaaa-mm-jj) -- --

## 2 Renseignements sur le payeur (s'il n'est pas le propriétaire du contrat)

Nom		Date de naissance (aaaa-mm-jj) -- --	
Lien avec le propriétaire du contrat	Nom de la personne-ressource (si le paiement est effectué par une entreprise)		Numéro de téléphone -- --
Adresse	Ville	Province	Pays Code postal

## 3 Autorisation

Tous les payeurs du prélèvement bancaire (PB) doivent accepter de se conformer aux conditions suivantes :

- La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la compagnie) peut effectuer en tout temps les prélèvements réguliers récurrents ou effectuer de temps à autre des prélèvements uniques sur leur compte bancaire tel qu'il est indiqué dans la proposition Web.
- Tous les prélèvements bancaires seront traités comme des prélèvements personnels aux termes des règles de l'Association canadienne des paiements. (Cela signifie qu'ils disposent 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 variable aux termes des règles de l'Association canadienne des paiements.
- Les avis qui doivent leur être envoyés en vertu de la présente convention le seront à l'adresse du propriétaire du contrat la plus récente qui est consignée au dossier de la compagnie au moment de l'envoi d'un avis.
- Toutes les personnes dont la signature est requise pour cette autorisation ont signé le présent formulaire.
- La compagnie peut facturer des frais ou mettre fin à ce contrat si un prélèvement n'est pas honoré.
- La compagnie ne peut céder la présente autorisation à une autre compagnie ou personne pour lui permettre d'effectuer ces prélèvements sur le compte des payeurs (par exemple advenant un changement de contrôle de la compagnie) sans donner un préavis écrit d'au moins 10 jours.
- Les payeurs peuvent mettre fin à cette autorisation n'importe quand en donnant à la compagnie un préavis écrit de 10 jours. Pour obtenir des précisions sur leurs droits de résiliation, ils devraient communiquer avec leur établissement financier. Ils peuvent obtenir un spécimen du formulaire de résiliation au site Web [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

<b>3</b>	<b>Autorisation (suite)</b>
----------	-----------------------------

- (i) Ils ont certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, ils ont 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 compatible avec la convention de PB. Pour obtenir des précisions sur leurs droits de recours, ils devraient communiquer avec leur établissement financier ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).
- (j) Ils renoncent à l'exigence voulant que la compagnie les avise de :
- cette autorisation avant le traitement du premier prélèvement
  - de tout prélèvement subséquent, et
  - des changements du montant ou de la date des prélèvements demandés par eux ou par la compagnie.

Signature du titulaire du compte bancaire X	Signature du titulaire du compte bancaire X
Signature du propriétaire du contrat X	Date (aaaa/mm/jj) — —

<b>4</b>	<b>Conseiller (si un conseiller vous a donné de l'aide pour la proposition Web)</b>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------

Numéro du conseiller	Numéro de téléphone du conseiller — —	Numéro de télécopieur du conseiller — —
----------------------	------------------------------------------	--------------------------------------------

Le formulaire dûment rempli doit être envoyé à l'adresse ci-dessous.

Pour nous joindre :

**Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie**

Assurance-santé personnelle

227, rue King Sud

C.P. 1601, succursale Waterloo

Waterloo ON N2J 4C5

Téléphone : 1 877 SUN-LIFE (1 877 786-5433)

Télec. : 1 866 487-4745

[www.sunlife.ca](http://www.sunlife.ca)