

Prière de remplir le formulaire au complet.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DU CONTRAT**Dénomination sociale
du titulaire :****Coordonnées du titulaire :**

Adresse de l'entreprise		
Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone de l'entreprise	Numéro de télécopieur de l'entreprise	Courriel de l'entreprise
Site Web de l'entreprise		

**Renseignements sur la police
de Croix Bleue Medavie :**
(joindre une feuille, au besoin)

Numéro(s) de police	Numéro(s) de division
---------------------	-----------------------

2. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES (passez à la prochaine section si vous avez inclus un chèque annulé ou un formulaire de paiement par débits préautorisés émis et estampillé par votre institution financière)**Nom de
l'institution financière :****Coordonnées :**

Adresse de l'entreprise		
Ville	Province	Code postal

**Renseignements sur le
compte :**

N° de succursale	N° de banque	N° de compte
------------------	--------------	--------------

3. SIGNATURE DE L'AGENT AUTORISÉ

J'autorise (Nous autorisons) Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais (nous pourrions) autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes (nos) instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance. Des paiements mensuels réguliers au montant équivalant aux services rendus complets seront prélevés du compte que j'ai précisé (nous avons précisé) le premier jour ouvrable de chaque mois. Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis, mais fournira un relevé mensuel des primes qui indique le montant de chaque prélèvement régulier. Croix Bleue Medavie devra obtenir mon (notre) autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma (notre) part si des changements y sont apportés ou si elle est annulée. Cet avis doit être reçu au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service de facturation de Croix Bleue Medavie à l'adresse indiquée ci-dessus. Je peux (nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Signature du titulaire du compte : _____

Nom du titulaire du compte : _____

Date (JJ-MM-AAAA) : _____

**Veillez aviser Croix Bleue Medavie de tout changement apporté aux renseignements bancaires relatifs
à la présente entente de prélèvements automatiques.**