

Je soussigné, le payeur, autorise UV Assurance à débiter mon compte enregistré à l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus à UV Assurance en vertu du contrat d'assurance mentionné ci-dessous.

**Important :** Remplir en lettres moulées et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

### Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte de vos renseignements personnels permet à UV Assurance de débiter, à même votre compte enregistré de votre institution financière (mentionné à la section D), des montants permettant d'acquitter les sommes dues à UV Assurance.

Vos renseignements personnels servent à :

- ▶ Vous identifier;
- ▶ Établir et mettre à jour votre profil, ainsi que vos besoins et vos objectifs;
- ▶ Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, et la fraude.

### Section B – Informations du propriétaire

1. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

### Section C – Précisions relatives à la demande

Par la présente, je demande pour le contrat n° \_\_\_\_\_

- un changement de mode de paiement;
- un changement de compte pour un débit préautorisé existant;
- à UV Assurance de débiter exceptionnellement un montant de \_\_\_\_\_ \$  
de mon compte en date du \_\_\_\_\_;
- à UV Assurance de cesser tout débit de mon compte relativement au contrat n° \_\_\_\_\_.  
Je comprend que ce contrat pourrait prendre fin à la suite de cette demande si la prime n'est pas payée dans les délais prescrits;
- un changement de fréquence de paiement.

### Section D – Informations du payeur

1. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

2. Date de naissance \_\_\_\_\_ 3. Sexe  H  F

4. Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez indiquer le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) \_\_\_\_\_  
Veuillez également compléter le formulaire **Résolution de société** (FR-1033A).

6. Téléphone \_\_\_\_\_, poste \_\_\_\_\_  Cellulaire  Résidence  Bureau

7. Courriel \_\_\_\_\_

## Section E – Informations bancaires

1. Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_
2. Adresse de la succursale \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_
3. Type de compte  Chèque  Épargne
4. Type de service  Particulier  Entreprise
5. N° de transit \_\_\_\_\_ N° d'institution \_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_
6. Fréquence  Mensuelle  Annuelle
7. Prélever la première prime directement dans le compte  Oui  Non
8. Je désire que les prélèvements soient faits le \_\_\_\_\_ (entre le 1<sup>er</sup> et le 28<sup>e</sup>) jour de chaque mois OU à la date d'échéance pour les paiements annuels.

**Important :** Joindre un spécimen de chèque de votre institution financière avec la mention « NUL ».

## Section F – Déclaration

La présente autorisation doit, le cas échéant, être lue au pluriel lorsqu'elle est signée par plus d'une personne. Elle demeure en vigueur jusqu'à ce que UV Assurance reçoive de ma part un avis de modification ou de résiliation. Cet avis doit être reçu au siège social de UV Assurance au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Je peux obtenir un formulaire type d'annulation ou plus d'informations sur mon droit d'annuler un débit préautorisé (DPA) en m'adressant à mon institution financière ou en consultant le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

UV Assurance ne peut céder la présente autorisation, directement ou indirectement, notamment par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans m'en aviser par écrit au moins dix (10) jours à l'avance.

J'ai certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme au présent accord. Entre autres, j'ai droit au remboursement de tout DPA non autorisé ou non conforme aux modalités de cet accord. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou des renseignements supplémentaires sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

## Section G – Consentement et signatures

Les renseignements divulgués dans ce présent formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsables du traitement de votre demande de débit préautorisé ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Sachez que si l'un des renseignements personnels divulgué dans ce formulaire est inexact, incomplet ou ambigu, vous pouvez exiger sa rectification en adressant une demande auprès de UV Assurance.

Vous avez également le droit de demander des informations sur l'utilisation de vos renseignements personnels.

Sachez qu'en tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Pour plus de détails, veuillez consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels**.

Signé à \_\_\_\_\_ Date | | | | | | | | | |

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire 1 du compte\*

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire 2 du compte\*

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire du contrat

\*S'il s'agit d'un compte conjoint où plusieurs signatures sont requises, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation ci-dessus.

