

Veillez choisir l'une des deux options de paiement suivantes.

Option 1 – Débit préautorisé – Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ »

Nom complet du ou des titulaires du compte

Numéro de téléphone

Adresse

Adresse courriel

Nom de l'institution financière canadienne (banque, société de fiducie, etc.)

Adresse de la succursale

Type de compte (avec débits électroniques autorisés) : Épargne Chèque

--	--	--	--	--	--

Numéro de domiciliation

--	--	--

Numéro de l'institution financière

Numéro du compte

Pour un prélèvement automatique mensuel seulement :

Veillez indiquer le jour du mois où le paiement doit être prélevé sur le compte : _____

DÉTAILS DU DÉBIT PRÉAUTORISÉ : Vous, le payeur, autorisez la Compagnie d'assurance-vie Wawanesa à débiter le compte bancaire ci-dessus du ou des montants indiqués, à la fréquence et le jour de retrait indiqués, ou le jour ouvrable suivant.

NUMÉRO DE LA POLICE	MONTANT	NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE OU DE LA PERSONNE À ASSURER

OPTION 2 – CARTE DE CRÉDIT – Disponible uniquement pour certains produits et pour le paiement de la prime annuelle

Lorsque vous **MODIFIEZ OU METTEZ À JOUR** des renseignements sur la carte de crédit pour une police en vigueur, le titulaire de la carte doit communiquer directement avec notre bureau par téléphone au 1 800 263-6785 OU remplir un nouveau **FORMULAIRE D'OPTIONS DE PAIEMENT**, signé par le client, et ce formulaire **DOIT** être **ENVOYÉ PAR LA POSTE OU SERVICE DE MESSAGERIE** à notre bureau. Nous ne pouvons pas accepter ce formulaire par courriel ou par télécopieur.

La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa est autorisée à porter des frais sur ma carte de crédit. J'accepte de fournir à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa toute nouvelle date d'expiration de la carte de crédit, au besoin. Cette autorisation s'applique à toutes les cartes de remplacement que je peux recevoir et elle demeurera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule.

Type de carte : MASTERCARD VISA *Les cartes Amex, de débit ou prépayées ne sont pas acceptées.*

Numéro de la carte (à indiquer uniquement si le formulaire est envoyé par la poste)

Date d'expiration (à indiquer uniquement si le formulaire est envoyé par la poste)

Code de vérification (CVV) (à indiquer uniquement si le formulaire est envoyé par la poste)

Nom du titulaire de la carte (comme il est indiqué sur la carte de crédit)

Adresse du titulaire de la carte

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Autorisation et signature

Carte de crédit :

- Le paiement régulier ANNUEL de \$ _____ sera facturé à la carte de crédit
le _____ de chaque année.
JJ-MM

Débit préautorisé :

- Le paiement régulier MENSUEL de \$ _____ sera débité de mon/notre compte
le _____ jour de chaque mois.
- Le paiement régulier ANNUEL de \$ _____ sera débité de mon/notre compte
le _____ de chaque année.
JJ-MM

Les options suivantes sont seulement disponible sur certains produits. Veuillez contacter notre département de service vie afin de connaître l'éligibilité de votre police pour ces modes :

- Un paiement semestriel régulier d'un montant de \$ _____ sera prélevé de mon/notre compte deux fois par an.
- Un paiement trimestriel régulier d'un montant de \$ _____ sera prélevé de mon/notre compte quatre fois par an.

Je comprends que les primes peuvent augmenter du montant requis pour maintenir ma police en vigueur, comme il est indiqué dans ma police.

Je conviens que cette autorisation n'a aucune incidence sur les conditions de la police.

Au titre des modalités de paiement préautorisé, la Compagnie d'assurance-vie Wawanesa est autorisée à tirer des chèques sur le compte de l'institution financière que j'ai désigné. J'autorise également cette institution financière et toutes ses succursales à traiter ces virements comme si je les avais signés.

- Si un débit préautorisé mensuel est refusé pour insuffisance de provisions, le prochain montant du débit préautorisé correspondra à deux mois de prime. Un avis sera transmis avant ce double retrait.
- J'accepte également de fournir à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa une formule de chèque annulé, aujourd'hui et à toute date ultérieure, le cas échéant, afin d'assurer l'exactitude des renseignements bancaires utilisés pour mes virements préautorisés.

- Je peux retirer mon autorisation en tout temps en donnant un préavis de dix (10) jours. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour en savoir plus sur mon droit d'annuler une entente de paiement préautorisé, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter www.paiements.ca.
- Aucun effort ne sera épargné pour respecter la même date chaque mois, mais cette date peut changer pour un mois donné.
- Wawanesa Vie n'est pas tenue de fournir un avis avant le débit de la prime initiale.
- Je dispose de certains droits de recours si un débit ne respecte pas cette entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout débit non autorisé ou non conforme à l'entente de paiement préautorisé. Pour en savoir plus sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter www.cdnpay.ca.

Cette autorisation restera en vigueur tant que la police sera admissible au paiement des primes au titre de ces modalités de paiement ou jusqu'à ce que cette autorisation soit révoquée. L'une ou l'autre des parties à cette entente peut mettre fin à cette autorisation en envoyant un avis écrit par la poste à l'autre partie à l'adresse qui figure dans les registres.

Signature du titulaire du compte bancaire / du titulaire de la carte de crédit

Date _____
Date (jj-mm-aaaa)

Signature du titulaire du compte bancaire / du titulaire de la carte de crédit

Date _____
Date (jj-mm-aaaa)

Consentement relatif aux renseignements personnels

Les renseignements recueillis dans le présent formulaire d'assurance sont nécessaires pour procéder à l'évaluation et, si elle est approuvée, au traitement de la demande d'assurance. Ils peuvent être utilisés pour gérer la police d'assurance, traiter les réclamations au titre de cette police et offrir d'autres produits et services. Ces renseignements, ainsi que les renseignements au dossier, peuvent être utilisés par La Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa, ses mandataires, sociétés affiliées, partenaires, filiales, réassureurs, agences de notation et administrateurs autorisés à ces fins et peuvent être échangés entre eux, que la police soit en vigueur ou que la couverture ait pris fin. Sous réserve des exigences légales et contractuelles, la personne présentant la demande peut refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de ses renseignements personnels à certaines fins en écrivant à privacy@wawanesa.com ou en parlant à la personne responsable de la protection de la vie privée au 1 888 997-9965.

Veillez retourner le formulaire à Wawanesa Vie.

Courriel : lifeservices@wawanesa.com
 Télécopieur : 1 888 985-3872
 Poste : 400-200 Main St, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8
 Téléphone : 1 800 263-6785
wawanesalife.com