Sogemec ASSURANCES

PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE SUR LE COMPTE (PAC)

Informations du client

Nom _____ Numéro de client _____

Date de naissance AAAA / MM / JJ Numéro de police _____

Renseignements sur le compte bancaire

Nom du titulaire du compte _____

Institution financière _____

Adresse de la succursale _____

Ville _____ Code Postal _____

Numéro de domiciliation ☐☐☐☐☐ Numéro d'institution ☐☐☐ Numéro de compte bancaire ☐☐☐☐☐☐☐

NOTE IMPORTANTE : PRIÈRE DE JOINDRE UN CHÈQUE SPÉCIMEN PORTANT LA MENTION « ANNULÉ ».

Type de service : ☐ Personnel ☐ Affaires

Type de compte :
☐ Compte-chèques personnel ☐ Compte-chèques d'épargne
☐ Compte d'épargne ☐ Compte courant
☐ Compte de dépôt direct ☐ Autre

Comptes conjoints : S'agit-il d'un compte conjoint au titre duquel une seule signature est requise? ☐ Oui ☐ Non

Si plus d'une signature est requise pour les prélèvements sur le compte, les deux titulaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Comptes d'épargne véritable : comme l'approbation de mon/notre institution financière est requise pour les paiements préautorisés à partir des comptes sans privilège de chèques, j'ai/nous avons pris les dispositions nécessaires pour permettre les prélèvements sur mon/notre compte. J'ai/nous avons joint à la présente un bordereau de retrait portant le timbre d'approbation de mon/notre institution financière et attestant que les montants exigibles peuvent être prélevés sur mon/notre compte d'épargne véritable.

Je soussigné le titulaire autorise Sogemec Assurances inc., le distributeur, à faire des prélèvements automatiques sur mon compte-chèques en règlement des primes exigibles. En cas de changement des primes du contrat établi à la suite de la présente demande d'adhésion, j'autorise Sogemec Assurances inc. à modifier le montant des prélèvements automatiques sur le compte-chèques. Ce mode de paiement peut être annulé moyennant l'envoi d'un préavis écrit de 10 jours à Sogemec Assurances inc. ou à l'institution financière indiquée dans la demande d'adhésion. Le montant prélevé sur mon/notre compte peut varier, conformément aux dispositions du contrat d'assurance ou tel qu'il est nécessaire pour la gestion du contrat. **Je renonce/Nous renonçons au droit de recevoir tout autre préavis relatif au montant et à la date de chaque prélèvement automatique sur mon/notre compte.** Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement mensuel automatique à la date prévue, Sogemec Assurances inc. pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. Sogemec Assurances inc. se réserve le droit de demander qu'un autre mode de paiement soit utilisé si le prélèvement est refusé. Tous les prélèvements uniques ou automatiques sur mon/notre compte bancaire seront traités comme des débits préautorisés personnels tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadienne des paiements. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par Sogemec Assurances inc ou par moi/nous d'un préavis écrit de 10 jours. Il est entendu qu'en cas de résiliation de la présente entente de prélèvement automatique, l'assurance peut prendre fin à moins que Sogemec Assurances inc. ne reçoive une autre forme de paiement. Toute prime devant être remboursée relativement à la présente autorisation le sera au titulaire du contrat.

Vous pouvez obtenir un formulaire de résiliation en communiquant avec votre institution financière ou en visitant le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca. Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1 800 361-5303, nous faire parvenir un courriel à l'adresse information@sogemec.qc.ca ou nous écrire à l'adresse Sogemec Assurances inc., 2,Complexe Desjardins, Tour de l'Est, 20e étage, C.P. 217, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1G9.

Vous disposez de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Vous avez, par exemple, le droit d'être remboursé en cas de prélèvement non autorisé ou non conforme à cette entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements au sujet de vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site de l'ACP, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Nom du titulaire du compte _____

Signature du titulaire du compte _____ Date AAAA / MM / JJ

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint _____ Date AAAA / MM / JJ

Adresse du titulaire du compte (s'il ne s'agit pas du proposant) _____