

Réservé à l'administration

N° de contrat

Nom de l'assuré

1 – Coordonnées du payeur

Titulaire du compte		Titulaire conjoint	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Adresse n°	Rue	App.	
Ville		Province	Code postal
Téléphone domicile		Téléphone cellulaire	Courriel

2 – Renseignements sur le compte bancaire
Type de service : Personnel

Institution financière			
Adresse n°	Rue		
Ville		Province	Code postal
Compte bancaire			
N° de l'institution	N° de transit	N° de compte	

3 – Autorisation de débit préautorisé (DPA)

- Je, soussigné, autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance (AHC et/ou CCA), à débiter mon compte bancaire, dont le numéro est mentionné ci-dessus, à tous les mois et à la date indiquée ci-dessous ou le jour ouvrable suivant, de la somme de _____ \$, pour le paiement de mon contrat d'assurance. Si aucune date n'est inscrite, je comprends que la date sera déterminée par l'Assureur sans qu'un préavis me soit envoyé.
Date désirée pour le prélèvement : _____ (sauf les 29, 30 et 31). Je joins un spécimen de chèque.
J'autorise AHC et/ou CCA à débiter mon compte bancaire d'un montant ponctuel lorsque nécessaire pour le règlement de sommes dues relatives à mon contrat d'assurance, incluant les frais d'administration et les taxes applicables. Je comprends qu'aux fins du présent Accord, tous les débits préautorisés (DPA) prélevés de mon compte sont des DPA personnels à montant fixe ou variable.
- Par suite d'avenants, d'exclusions ou du renouvellement de mon contrat d'assurance, je comprends que le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure à cet Accord. Je comprends que AHC et/ou CCA ne doivent m'envoyer un préavis de 30 jours que lors du renouvellement de mon assurance.
- Je comprends que si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, AHC et/ou CCA présenteront de nouveau le DPA à mon institution financière. J'accepte que les frais d'administration relatifs au refus du DPA soient ajoutés au DPA suivant.
- Je comprends que je dois informer AHC et/ou CCA par écrit au moins dix (10) jours ouvrables avant un DPA, de tout changement aux renseignements sur le compte bancaire dont le numéro figure ci-dessus.
- Je comprends que je peux modifier le mode et la fréquence de paiement de mon assurance en communiquant avec le service à la clientèle au **1 800 363-3958 pour le Québec** ou au **1 866 722-3444 pour l'Ontario**. Je comprends que par suite d'une modification que j'ai demandée, à mon contrat d'assurance ou au présent Accord, et qui modifie le montant de mon DPA, AHC et/ou CCA ne sont pas tenues de m'envoyer un préavis avant le nouveau DPA.
- Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en envoyant à AHC et/ou CCA par écrit, un préavis de 10 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **paiements.ca**.
- Je comprends que AHC et/ou CCA peuvent résilier le présent Accord par écrit, avec un préavis de 30 jours, que la résiliation ne met pas fin à mon contrat d'assurance et qu'un autre mode de paiement accepté par AHC et/ou CCA remplacera le DPA pour le paiement de mes primes.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **paiements.ca**.

Signature	
Titulaire du compte	Titulaire conjoint (si applicable)
Nom du titulaire (en lettres moulées)	
Nom du titulaire conjoint (en lettres moulées)	
Date	
Date	

Poster le formulaire dûment rempli à AHC et/ou CCA selon votre province de résidence ou l'envoyer via le formulaire de transmission de documents accessible sur notre site internet :

Croix Bleue du Québec, Administration – Assurance personnelle, 1981, avenue McGill College, bureau 105, Montréal (Québec) H3A 0H6, qc.croixbleue.ca/depot
Croix Bleue de l'Ontario, Administration - Assurance personnelle, BP 4434, station A, Toronto (Ontario) M5W 3Y8, on.bluecross.ca/depot

L'usage du masculin et du singulier a pour but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes et, le cas échéant, les deux titulaires d'un compte conjoint.

^{MD} Marque déposée de l'Association canadienne des Croix Bleue, une association de Croix Bleue indépendantes, utilisée sous licence par l'Association d'Hospitalisation Canassurance.