

# FORMULAIRE D'ADHÉSION



## Régime d'indemnité en cas d'hospitalisation

### CHOISISSEZ LA PROTECTION SOUHAITÉE

(cochez une seule des cases ci-dessous)

300.00 \$ par jour

200.00 \$ par jour

100.00 \$ par jour

Client uniquement

Client et famille

**CLIENT** — veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour souscrire l'assurance

#### RENSEIGNEMENTS CLIENT (écrire en caractères d'imprimerie)

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: JJ / MM / AAAA  Homme  Femme

Téléphone: ( \_\_\_\_\_ )  
(là où il est plus facile de vous joindre)

Courriel: \_\_\_\_\_  
(facultatif)

**CONJOINT(E)** — à remplir si la protection s'étend à la famille

#### RENSEIGNEMENTS CONJOINT(E) (écrire en caractères d'imprimerie)

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
(si différent du client)

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: JJ / MM / AAAA  Homme  Femme

Téléphone: ( \_\_\_\_\_ )  
(là où il est plus facile de vous joindre)

Courriel: \_\_\_\_\_  
(facultatif)

### MODE DE PAIEMENT

Sélectionnez le mode de paiement souhaité et fournissez les renseignements pertinents (cochez une seule des cases ci-dessous).

#### Mensuellement par carte de crédit :

VISA  MasterCard

No de carte #: □□□□ - □□□□ - □□□□ - □□□□ Date d'expiration: MM / AA

#### Mensuellement par prélèvements préautorisés :

Joindre un spécimen de chèque portant la mention "ANNULÉ"

Pour vous faciliter la tâche, si vous choisissez d'effectuer le paiement par prélèvements préautorisés ou par carte de crédit, la facturation de vos primes futures fera état du même mode de paiement.

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PAIEMENTS

### Païement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Institution financière \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Numéro de compte bancaire \_\_\_\_\_ Numéro de domiciliation \_\_\_\_\_

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.

## AUTORISATION DE PAIEMENT

### Païement par carte de crédit

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement sur mon/notre compte le premier jour ouvrable de chaque mois ou aux environs de cette date afin de couvrir les primes d'assurance exigibles. La présente autorisation peut être révoquée par la Financière Manuvie ou par moi-même/nous-mêmes moyennant un avis écrit. La Financière Manuvie résiliera la couverture ou changera le mode de paiement pour un autre mode acceptable si un prélèvement est refusé, quelle qu'en soit la raison. L'institution financière ne sera en aucun cas tenue responsable si une situation de ce genre survient.

Nom du titulaire de la carte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte \_\_\_\_\_

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint de carte de crédit \_\_\_\_\_ Dated  JJ / MM / AAAA

### Païement par prélèvement automatique sur le compte (PAC)

Par la présente, j'autorise/nous autorisons la Financière Manuvie à faire un prélèvement automatique de mon/notre compte bancaire afin de couvrir les primes d'assurance exigibles à la date de signature de la présente autorisation ou après cette date. Il est entendu qu'à part la prime initiale, qui doit être jointe à la présente proposition, les primes ultérieures seront prélevées le premier jour ouvrable du mois, sinon le jour ouvrable suivant. 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, la Financière Manuvie pourra tenter d'effectuer de nouveau ce prélèvement au cours des 30 jours suivants. La Financière Manuvie 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. Le montant de la prime pourra être modifié conformément aux dispositions du contrat d'assurance. La présente entente peut être résiliée en tout temps moyennant l'envoi par la Financière Manuvie 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 la Financière Manuvie 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](http://www.cdnpay.ca). Si vous avez des questions au sujet des prélèvements automatiques sur votre compte bancaire, veuillez communiquer avec nous au 1-866-693-7150, nous envoyer un courriel à l'adresse [am\\_service@manuvie.com](mailto:am_service@manuvie.com) ou écrire à la Financière Manuvie, C.P. 188, station Place-d'Armes, Montréal QC H2Y 9Z9.

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](http://www.cdnpay.ca).

Nom du titulaire du compte \_\_\_\_\_ Signature du titulaire du compte \_\_\_\_\_

Deuxième signature s'il s'agit d'un compte conjoint \_\_\_\_\_ Dated  JJ / MM / AAAA

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

