

**DEMANDE DE PRÉLÈVEMENTS PRÉ-AUTORISÉS**  
(prélèvements automatiques mensuels de votre compte bancaire)

**POUR LES POLICE(S):**

J'autorise BMO Société d'assurance-vie à effectuer des retraits pour payer les primes (y compris les primes en souffrance) afférentes à la police susmentionnée, et tous autres polices que je désigne à cet effet, sur le compte ci-dessous. Je désire que les prélèvements aient lieu le \_\_\_\_\_ jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant.

**Veillez annexer un chèque spécimen portant la mention « NUL ».**

**NOM DU  
PAYEUR:**

\_\_\_\_\_ (s.v.p., écrivez en majuscules)

**NOM DE LA BANQUE OU AUTRE  
INSTITUTION:**

**ADRESSE DE LA  
SUCCURSALE:**

**NUMÉRO DE LA  
SUCCURSALE:**

**NUMÉRO DE LA  
BANQUE :**

**NUMÉRO DE  
COMPTE:**

**Déclaration:**

J'ai choisi le mode de paiement par prélèvements automatiques, je conviens de ce qui suit :

Je conviens que pour les besoins de la présente entente, tous les prélèvements automatiques seront traités comme des paiements personnels. Je renonce au droit de recevoir un préavis de 10 jours avant le premier prélèvement et avant toute modification du montant du prélèvement si la modification résulte d'un changement dans le taux de la taxe en vigueur ou de tout autre ajustement.

Je reconnais et je conviens que ma première prime sera payée au moyen d'un prélèvement automatique que vous traiterez conformément aux modalités de la police. Les primes mensuelles subséquentes seront payées au moyen de prélèvements automatiques que vous traiterez (i) à la date de prélèvement récurrente que j'ai choisie ci-dessus ou (ii) si je n'ai pas choisi une date de prélèvement admissible, à la date de facturation récurrente indiquée dans ma police.

J'ai certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de me faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente entente de service de prélèvements automatiques (SPA). Je peux m'informer sur mes droits de recours auprès de mon institution financière ou consulter le site [cdnpay.ca](http://cdnpay.ca). Je peux révoquer mon autorisation en tout temps, en faisant parvenir un avis écrit de 30 jours à BMO Société d'assurance-vie, à l'adresse ci-dessus. Je comprends que je peux obtenir un exemple du formulaire de résiliation ou de l'information supplémentaire concernant mon droit de résilier une entente de SPA auprès de mon institution financière, en communiquant avec BMO Société d'assurance-vie ou en visitant le site [cdnpay.ca](http://cdnpay.ca).

Si j'ai besoin d'information supplémentaire ou si j'ai un problème concernant mon entente de SPA avec BMO Société d'assurance-vie, je comprends que je peux communiquer avec vous au 1-800-387-9554.

**DATE** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
          Jour        Mois        Année

\_\_\_\_\_ (Signature du Payeur)