



Allstate Insurance Company of Canada

Allstate Benefits
C.P. 8100, Succ T
Ottawa, ON K1G 3H6
1-844-436-1105

Entente de prélèvements automatiques

Veillez utiliser ce formulaire pour autoriser des prélèvements électroniques directement sur votre compte afin de payer les protections d'Allstate Benefits.

1. Renseignements sur le groupe/payeur

Nom du groupe/employeur participant : _____

Numéro de la police d'assurance collective : _____ Numéro de la division : _____

2. Renseignements sur le compte – ou joindre un chèque annulé

Nom de l'institution financière : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro d'unité de la succursale _____ Numéro de l'institution financière _____

Numéro de compte _____

3. Autorisation

J'autorise Allstate Benefits à faire des écritures de débit électroniques mensuellement sur mon compte au montant indiqué ci-dessus (**montant variable**), majoré de toute taxe applicable, **le premier jour ouvrable de chaque mois ou vers cette date**, et j'autorise l'institution financière indiquée ci-dessus d'effectuer le débit correspondant sur ce compte. Cette autorisation demeure valide et en vigueur jusqu'à ce que Allstate Benefits et l'institution financière aient reçu de ma part un avis écrit de sa résiliation dans un délai et selon des dispositions raisonnables permettant à Allstate Benefits et à l'institution financière d'y donner suite.

J'ai renoncé au droit de recevoir un préavis d'au moins 10 jours avant le premier prélèvement automatique sur mon compte; toutefois, Allstate Benefits m'enverra mensuellement des factures écrites indiquant toute modification au montant ou au taux de primes au moins 10 jours avant toute modification au montant de mon prélèvement automatique.

Mon autorisation peut être révoquée en tout temps par écrit, sous réserve de donner à Allstate Benefits une période de préavis de 30 jours. Pour obtenir un exemple de formulaire d'annulation ou des renseignements concernant mon droit d'annuler une entente de prélèvement automatique, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

Je comprends que j'ai certains recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, je peux recevoir un remboursement pour tout débit qui n'est pas autorisé par la présente entente de prélèvement automatique ou qui n'est pas conforme à celle-ci. Si je souhaite obtenir plus de renseignements sur mes recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

Signature du titulaire de compte/de la police d'assurance : _____ Date : _____

Signature du titulaire de compte conjoint (le cas échéant) : _____ Date : _____

4. Livrer la présente autorisation :

Par télécopieur : 1-844-436-1107
a/s de Allstate Benefits

Par la poste : Allstate Insurance Company of Canada
Allstate Benefits
C.P. 8100, Succ T
Ottawa, ON K1G 3H6

Numéro de téléphone sans frais : 1-844-436-1105