Arrêt de paiement préautorisé
Demande du payeur

<u>Important :</u> Ce formulaire permet uniquement de cesser les paiements préautorisés au compte du payeur. Il n'entraîne pas l'annulation automatique du contrat d'assurance, puisque celui-ci appartient à l'assuré.

Veuillez noter que si nous ne recevons pas les coordonnées de l'assuré, un rappel de facture sera envoyé directement à l'adresse actuellement inscrite à son dossier. Si le paiement n'est pas reçu dans les 30 jours, le contrat sera annulé. Cette mesure permet à l'assuré de conserver son assurance s'il le souhaite.

Information de l'assuré

Assurance vie et/ou de l'option du décès accidentel..... N° dossier : _____

Assurance accidents..... N° dossier : _____

Nom de l'assuré : _____

Information du payeur

Par la présente, je ne désire plus payer par retrait préautorisé pour le dossier mentionné ci-dessus à partir du _____
jour / mois / année

Nom du payeur : _____

Signature du payeur : _____ Date : _____

L'assuré peut conserver son assurance s'il le souhaite en poursuivant ses paiements. Il suffit simplement de nous transmettre les informations suivantes :

Adresse de l'assuré : _____

_____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

À l'attention de l'assuré: pour modifier le bénéficiaire et/ou opter pour le prélèvement automatique, rendez-vous sur notre site web afin d'imprimer rapidement les documents requis au **www.securiaide.ca/formulaires-et-documents/**

222, rue Saint-Marcel, Drummondville (Québec) J2B 2E4
Téléphone : 819 478-2519 | Sans frais : 1 800 943-2519 | assurance@ssjbcq.quebec