

## Demande de régime de paiement par prélèvements automatiques (PPA)

Les champs identifiés par un astérisque (\*) sont obligatoires

Objet de cette  
formulaire

Utilisez ce formulaire afin de faire une demande d'opération de retrait préautorisé.

Termes utilisés dans  
cette formulaire

Les termes *Financière Foresters™*, *l'assureur* et *nous* désignent L'Ordre Indépendant des Forestiers ou Foresters, compagnie d'assurance vie, selon ce qui s'applique au certificat ou à la police mentionnés. On entend par police un certificat ou une police établis par l'assureur.

Renseignements  
sur la police

Numéro(s) de police\*

Nom(s) de la (des) personne(s) assurée(s)\*

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Renseignements sur  
le payeur (titulaire  
du compte) – tels  
qu'indiqués au compte

Nom(s) du payeur\*

Nom du payeur conjoint

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Adresse (numéro de l'appartement, et numéro et nom de la rue)\* Courriel du payeur

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Ville\*

Province\*

Code postal\*

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

Numéro de téléphone principal\*

Numéro de téléphone secondaire ou du bureau

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Renseignements  
bancaires

Fréquence des paiements\*

Date du retrait demandée\*

Type de compte

|                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mensuels <input type="radio"/> Trimestriels<br><input type="radio"/> Semestriels <input type="radio"/> Annuels | <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> <input type="radio"/> 8 <sup>e</sup><br><input type="radio"/> 15 <sup>e</sup> <input type="radio"/> 22 <sup>e</sup> | <input type="radio"/> Compte de chèques <input type="radio"/> Compte d'épargne |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

\*Veuillez joindre un  
chèque annulé

Cochez l'option qui convient :\*

☐ Chèque annulé joint†

☐ Chèque annulé non disponible. Veuillez remplir les renseignements bancaires ci-dessous :

Nom de l'institution financière\*

|  |
|--|
|  |
|--|

N° de domiciliation\*

N° de banque\*

N° de compte\*

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

# Demande de régime de paiement par prélèvements automatiques (PPA) (suite)

Les champs identifiés par un astérisque (\*) sont obligatoires

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Número(s) de police                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
| <b>Détermination de l'existence d'un tiers</b><br><br>Remplissez cette section si le payeur nommé ci-dessus n'est pas le propriétaire de l'une des polices mentionnées dans le présent formulaire, ou la personne assurée en vertu de celles-ci. | Nom légal complet (prénom, second prénom, nom de famille) du tiers, de l'entreprise ou de l'entité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           | Date de naissance (jj/mm/aaaa) |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Type de tiers                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Lien avec le propriétaire |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Description de la profession ou de la nature de l'entreprise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Adresse (numéro de l'appartement, et numéro et nom de la rue)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Ville                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Province                  | Code postal                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
| Número d'enregistrement (dans le cas d'une entreprise)                                                                                                                                                                                           | Juridiction de constitution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
| Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les renseignements demandés ci-dessus au sujet du tiers, veuillez fournir une explication détaillée :                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                                |
| <b>Autorisation pour le régime de PPA</b>                                                                                                                                                                                                        | <p>En signant ci-dessous, le payeur confirme qu'il est un titulaire du compte indiqué dans la section relative aux renseignements bancaires du présent formulaire et qu'il est autorisé à donner cette autorisation, et il convient que :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Foresters est autorisé à effectuer des retraits aux fins de primes ou d'autres paiements liés au(x) certificat(s) et au(x) police(s) mentionnés dans le présent formulaire, par exemple pour une couverture supplémentaire, le remboursement d'un prêt ou un fonds de dépôt de primes, à partir du compte ou d'un autre compte tel qu'indiqué plus tard par le payeur ou en son nom.</li><li>2. L'institution financière à partir de laquelle les retraits seront effectués est autorisée à se charger de tout retrait demandé par Foresters comme si le payeur en avait personnellement fait la demande.</li><li>3. Foresters se réserve le droit de déterminer quand le premier retrait et chaque retrait subséquent, le cas échéant, seront effectués et quel sera le montant de chacun de ces retraits; le montant des retraits subséquents peut varier.</li><li>4. Si une demande de retrait n'est pas honorée suite à sa présentation auprès de l'institution financière, Foresters peut, à sa seule discrétion, présenter à nouveau la même demande de retrait.</li><li>5. La présente autorisation prend effet immédiatement et restera en vigueur jusqu'à sa résiliation par le payeur au moyen d'un préavis d'au moins 30 jours présenté à Foresters par écrit ou par téléphone. Pour obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements sur le droit d'annuler, communiquez avec votre institution financière ou visitez <a href="http://www.payments.ca">www.payments.ca</a>.</li><li>6. <b>Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier retrait, et d'un changement du montant du retrait requis comme prime du (des) contrat(s) d'assurance en vigueur ou d'un changement demandé par le payeur, de quelque manière que ce soit.</b></li><li>7. Vous (le payeur) pouvez vous prévaloir de certains droits de recours si tout retrait n'est pas conforme à la présente autorisation. Par exemple, vous avez le droit d'être remboursé(e) de tout retrait qui n'a pas été autorisé ou ne correspond pas à l'autorisation pour le PPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter <a href="http://www.payments.ca">www.payments.ca</a>.</li><li>8. Nos employés, fournisseurs de services, représentants, réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent se trouver hors du Canada. Ainsi, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres pays et divulgués en réponse à des demandes ou exigences des autorités gouvernementales, tribunaux ou autorités policières de ces pays. La politique de confidentialité de Foresters est disponible à <a href="http://www.foresters.com">www.foresters.com</a>.</li></ol> <p>Le payeur autorise la divulgation des informations sur le payeur et son compte à des fins de vérification d'identité et pour la tenue de dossiers ainsi que l'administration des paiements, de la police et les avantages.</p> <p>La présente autorisation doit être signée par le titulaire du compte exactement tel que son nom figure sur les dossiers du compte indiqué.</p> |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Remarque : Dans le cas d'un compte conjoint, les deux payeurs (titulaires) doivent signer le présent formulaire d'autorisation</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Les retraits dans le cadre de ce régime de PPA sont : * <input type="radio"/> d'ordre personnel <input type="radio"/> d'ordre professionnel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Signature du payeur (titulaire du compte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           | Date (jj/mm/aaaa)              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>X</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Signature du payeur conjoint (titulaire du compte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           | Date (jj/mm/aaaa)              |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>X</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                |

Pour de plus amples renseignements ou pour annuler la présente autorisation pour le PPA, veuillez communiquer avec la Financière Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto ON M3C 1T9, Tél. : 1 800 828-1540, Courriel : [clientservice@foresters.com](mailto:clientservice@foresters.com)

La couverture d'assurance est souscrite par L'Ordre Indépendant des Forestiers (L'OIF), une société de secours mutuel, ou par Foresters, compagnie d'assurance vie, le cas échéant. La Financière Foresters et Foresters sont des noms commerciaux et des marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers et de ses filiales, dont Foresters, compagnie d'assurance vie.