

Numéro de régime
Numéro de certificat

Directives

- Tout formulaire incomplet ou illisible vous sera retourné par la poste afin que vous le soumettiez de nouveau.
- Remplissez toutes les sections du formulaire. **Veillez écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, à l'encre; signez et datez le formulaire, puis retournez-le à :**

La Canada Vie
SAG DG1227
CP 6000, Succursale Main
Winnipeg, MB R3C 3A5.

Des questions? Consultez canadavie.com/rssfp ou appelez-nous au 1 855 415-4414, du lundi au vendredi, entre 8 h et 17 h (votre heure locale).

- J'effectue mon adhésion préalable pour la première fois auprès de la Canada Vie.**
 J'ai déjà effectué mon adhésion préalable et je souhaite y apporter un changement.

1 Vos coordonnées

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)		Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	
Adresse postale (numéro et rue, et/ou case postale)			Numéro d'appartement
Ville	Province/Territoire/État	Code postal/ZIP	Pays
Pays de résidence actuel pour les participants bénéficiant d'une protection totale		Le pays de résidence actuel est le pays où vous résidez ou travaillez actuellement ou le pays où vous êtes affecté ou muté. Il peut différer de votre adresse postale.	
Province ou territoire du Canada qui vous fournit des soins de santé		La province ou le territoire où vous êtes protégé par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial lorsque vous êtes au Canada.	

2 Mode de communication privilégié

Comment souhaitez-vous que l'on communique avec vous?

Veillez sélectionner un seul mode de communication. Si vous sélectionnez les deux, nous considérerons que votre mode de communication privilégié est le courriel.

- Courriel (indiquez votre adresse courriel)
- Papier (les communications seront envoyées à l'adresse postale indiquée à la section 1)

3 Renseignements sur la coordination des prestations

En plus du RSSFP, bénéficiez-vous d'une autre protection pour soins de santé en tant que participant? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficiez-vous au titre de l'autre régime (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre autre protection est-il auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Êtes-vous un retraité au titre de l'autre régime? Oui Non Dans la négative, quel régime est entré en vigueur en premier? Le RSSFP L'autre régime

4 Renseignements sur votre époux ou conjoint de fait admissible

Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)		Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	

Votre époux ou conjoint de fait est-il protégé au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
 Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre époux ou conjoint de fait participe-t-il également au RSSFP? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez son numéro de certificat dans le cadre du RSSFP :

Dans la négative, l'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles

Personne à charge 1

Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 2

Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

5 Renseignements sur les enfants à votre charge admissibles (suite)

Si vous devez ajouter plus de quatre personnes à charge, utilisez une photocopie du présent formulaire.

Personne à charge 3 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

Personne à charge 4 Raison du changement : Ajout Modification Suppression Date d'effet (aaaa-mmm-jj)

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (aaaa-mmm-jj)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre

- Enfant à charge (âgé de moins de 21 ans)
 Enfant ayant une invalidité (âgé de 21 ans ou plus)
 Étudiant à temps plein (s'il est âgé de 21 à 25 ans) S'il s'agit d'un étudiant à temps plein :

Nom de l'établissement
Nom du programme Date de fin du programme (aaaa-mmm-jj)

Votre enfant à charge est-il protégé en tant que participant ou personne à charge au titre d'un autre régime de soins de santé collectif? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

De quelles garanties bénéficie-t-il (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)? Services de santé Médicaments Soins de la vue

Votre enfant à charge est-il protégé par le régime d'un autre parent ou tuteur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance de l'autre parent ou tuteur :

Nom de famille Prénom Date de naissance (aaaa-mmm-jj)

L'autre protection est-elle auprès de la Canada Vie? Oui Non

Dans l'affirmative, numéro de régime : Numéro d'identification du participant :

- Le promoteur du régime est le gouvernement du Canada.
- L'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale est la société responsable de l'administration de ce régime.
- L'administrateur du régime à qui le contrat a été octroyé est La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie).
- Les renseignements personnels, aux fins du présent consentement, désignent les renseignements personnels décrits dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP).

Le gouvernement du Canada recueille, traite et conserve des renseignements personnels aux fins de l'administration du RSSFP conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada. L'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP a été élaboré conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels.

À titre d'administrateur du régime sous contrat, la Canada Vie a accepté de se conformer à la Loi sur la protection des renseignements personnels. La Canada Vie est assujettie à d'autres lois sur la protection des renseignements personnels applicables dans les territoires de compétence où elle exerce ses activités. La Canada Vie publie ses Normes en matière de protection des renseignements personnels dans son site web. En cas de divergence entre la Loi sur la protection des renseignements personnels et les autres lois, la Canada Vie appliquera les exigences les plus strictes. Vos renseignements personnels et ceux des personnes à votre charge admissibles, le cas échéant, seront conservés de façon sécuritaire et confidentielle. Vos renseignements personnels sont utilisés pour administrer votre protection et selon ce qui est autorisé ou exigé par la loi.

L'accès à vos renseignements personnels est limité aux personnes qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches ainsi qu'aux personnes à qui vous y avez accordé l'accès. Vos renseignements personnels peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé, à d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, à des fournisseurs de traitement des demandes de règlement, à des fournisseurs de technologies et à d'autres fournisseurs de services mentionnés dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP ou les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie. Il est également possible que vos renseignements personnels doivent être divulgués aux autorités publiques et gouvernementales en vertu des lois applicables au Canada ou ailleurs. Vos renseignements personnels peuvent être recueillis ou communiqués à l'extérieur du Canada ou de la province où vous résidez dans le cadre des affaires quotidiennes.

Pour consulter la Loi sur la protection des renseignements personnels et l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP, rendez-vous à canadavie.com/rssfp.

Déclarations

1. J'ai lu et compris l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels du RSSFP et les Normes en matière de protection des renseignements personnels de la Canada Vie.
2. Je consens à ce que le promoteur du régime, l'Administration du Régime de soins de santé de la fonction publique fédérale, la Canada Vie et ses fournisseurs de services ainsi que d'autres entités mentionnées ci-dessus recueillent, utilisent et divulguent des renseignements personnels me concernant ou concernant les personnes à ma charge pour l'administration du RSSFP, y compris l'évaluation des demandes de règlement. Il est également possible que ces renseignements soient utilisés auprès d'autres personnes et organisations qui disposent de ces renseignements ou qui en ont besoin à ces fins, ou qu'ils leur soient divulgués.
3. Je confirme que les personnes à ma charge âgées de plus de 18 ans consentent à adhérer au RSSFP et à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins susmentionnées.
4. Je consens à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels des personnes à ma charge âgées de moins de 18 ans pour les inscrire au RSSFP et aux fins susmentionnées.
5. Je confirme que toutes les personnes à charge que j'ai indiquées satisfont aux critères d'admissibilité du RSSFP et que les renseignements que j'ai fournis sont complets et exacts.
6. Je consens à examiner et à tenir à jour tous les renseignements sur moi et les personnes à ma charge.
7. Je consens à valider ou à mettre à jour mes renseignements personnels et, le cas échéant, ceux des personnes à ma charge, en suivant le processus de confirmation bisannuelle. Si je n'effectue pas la confirmation bisannuelle, les demandes de règlement des personnes à ma charge peuvent être suspendues jusqu'à ce que j'effectue cette confirmation.
8. Je confirme que tous les biens et services pour lesquels un remboursement est demandé par moi-même ou les personnes à ma charge auront été reçus par moi ou les personnes à ma charge. Si je n'ai pas remboursé à la Canada Vie des paiements en trop ou des paiements erronés, je consens à ce que la Canada Vie divulgue ces renseignements personnels au promoteur du régime, plus précisément le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Le promoteur du régime/Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada peut divulguer ces renseignements personnels à des institutions gouvernementales afin que les paiements en trop ou les paiements erronés ainsi que les intérêts correspondants (s'il y a lieu) soient retenus des sommes que Sa Majesté me doit, le cas échéant, ou déduits de ces sommes.
9. Si des renseignements bancaires ont été fournis, j'autorise la Canada Vie à déposer les paiements de demandes de règlement dans le compte dont les renseignements ont été fournis.
10. Si des renseignements bancaires ont été fournis pour des participants de régime d'Anciens Combattants Canada aux fins du prélèvement des primes, j'autorise la Canada Vie à effectuer des retraits dans le compte bancaire indiqué.

Signature

Je consens à ce que les renseignements figurant dans la présente demande soient soumis à la Canada Vie pour l'adhésion au RSSFP, et je donne le consentement et fais les déclarations ci-dessus. Une photocopie ou une version électronique de la présente demande dûment signée est aussi valide que l'original.

Signature X _____ Date (aaaa-mmm-jj) _____

Prénom et nom de famille: Numéro de régime :
 Numéro de certificat d'ACC :

Renseignements sur le compte

Nom et adresse de l'institution financière :

 Numéro de succursale : Numéro d'institution financière : Numéro de compte :

Note importante : Veuillez faire parvenir à l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie la présente entente de DPA ainsi qu'un chèque non signé portant la mention « NUL » ou un imprimé de votre institution financière comprenant vos renseignements bancaires. L'équipe Solutions en administration des garanties doit recevoir le tout au moins 14 jours avant le jour du premier prélèvement.

Modalités de la présente entente de DPA personnelle

• Autorisation	<p>À noter : Toute référence à « la présente entente de DPA » dans le présent formulaire comprend toute modification ultérieure qui y est apportée.</p> <p>En tant que titulaire de compte, j'autorise La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) et mon institution financière, laquelle est indiquée ci-dessus, à prélever sur mon compte, le troisième jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, les paiements que j'ai accepté de faire au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), ou selon ce qui serait autrement spécifié dans la présente entente de DPA, comme si j'avais moi-même signé un chèque. Je comprends que tout changement apporté au RSSFP, ce qui inclut, selon le cas, toute modification visant les montants, le mode de paiement ou le montant du paiement exigé (y compris tout changement demandé à l'égard de la présente entente de DPA), ou bien toute interruption et reprise de paiements automatiques au titre de la présente entente de DPA, pourrait entraîner l'augmentation ou la réduction du montant prélevé ou qui doit être prélevé sur mon compte mensuellement. Par conséquent, j'autorise de telles augmentations ou réductions et renonce à toute exigence de préavis à leur égard.</p> <p>J'accepte que la Canada Vie recueille, utilise, conserve et échange des renseignements personnels à mon égard, en ma qualité de titulaire de compte et strictement aux fins de l'exécution de la présente entente de DPA. Je conviens qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.</p>
• Signatures	<p>Je confirme que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente de DPA ont signé ci-dessous, y compris tout cotitulaire de compte.</p>
• Changements relatifs au compte	<p>J'aviserai la Canada Vie de tout changement concernant mon institution financière, ma succursale ou mon numéro de compte. Pour que les prélèvements se poursuivent sans interruption, il faut aviser la Canada Vie de toute modification au plus tard 14 jours avant la prochaine date de prélèvement. La Canada Vie peut modifier la présente autorisation selon mes directives verbales, mais elle n'y est pas obligée.</p>
• Confirmation des prélèvements	<p>Je consens à examiner régulièrement les renseignements concernant mon compte. Si je ne suis pas d'accord ou que je m'interroge quant au montant prélevé ou quant à toute modification touchant mon compte, j'aviserai la Canada Vie par écrit dans les 90 jours suivant le prélèvement ou la modification touchant le compte; autrement, je conviens que le prélèvement ou la modification du compte seront considérés comme en règle.</p> <p>Voici les coordonnées de la Canada Vie pour toute question concernant les prélèvements : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Solutions en administration des garanties – D227, CP 6000, Succursale Main, Winnipeg MB R3C 3A5, téléphone 1 855 415-4414.</p>
• Insuffisance de fonds	<p>S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans mon compte pour régler le montant total exigible (par « montant exigible », on entend tout montant dû compte tenu de ma protection au titre du RSSFP), j'autorise la Canada Vie à faire des tentatives subséquentes de prélèvement (ce qui comprend les paiements des mois précédents qui n'auraient pas été perçus). Si la ou les tentatives subséquentes sont également refusées pour cause d'insuffisance de fonds, je comprends que la présente entente de DPA pourrait être suspendue ou annulée, et que la protection au titre du RSSFP pourrait être suspendue ou résiliée par la Canada Vie. Je comprends qu'il m'incombait de régler les frais d'insuffisance de fonds le cas échéant.</p>
• Annulation	<p>La présente entente de DPA peut être révoquée si un prélèvement est refusé ou annulé par mon institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours que je remets à la Canada Vie ou que la Canada Vie me remet.</p> <p>Pour de plus amples informations concernant la présente entente de DPA, communiquez avec l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie au 1 855 415-4414. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation de l'entente de DPA ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente de DPA, vous pouvez également communiquer avec votre institution financière ou consulter le site paiements.ca.</p> <p>Je conviens que si les paiements préautorisés sont suspendus, je pourrais devoir remplacer mon mode de paiement par un mode de paiement jugé acceptable par la Canada Vie. La Canada Vie peut demander l'établissement d'une nouvelle entente de DPA écrite si la présente entente de DPA est annulée pour quelque raison que ce soit.</p>
• Recourse	<p>Vous avez certains droits de recours advenant qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, vous avez droit à un remboursement à l'égard de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site paiements.ca.</p>

Fait à : le
 Ville Province Mois Jour Année

Nom du titulaire du compte

X

Signature du titulaire du compte

X

Nom de l'autre ou des autres cotitulaires du compte

X

Signature de l'autre ou des autres cotitulaires du compte, si elle est nécessaire pour le compte

X

Copie du participant de régime
Veillez conserver une copie de cette page dans vos dossiers.

Entente de débit préautorisé (« DPA ») personnelle –
Régime de soins de santé de la fonction publique par
l'intermédiaire d'Anciens Combattants Canada

Modalités de la présente entente de DPA personnelle

• Autorisation	<p>À noter : Toute référence à « la présente entente de DPA » dans le présent formulaire comprend toute modification ultérieure qui y est apportée.</p> <p>En tant que titulaire de compte, j'autorise La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie) et mon institution financière, laquelle est indiquée ci-dessus, à prélever sur mon compte, le troisième jour de chaque mois ou le jour ouvrable suivant, les paiements que j'ai accepté de faire au titre du Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP), ou selon ce qui serait autrement spécifié dans la présente entente de DPA, comme si j'avais moi-même signé un chèque. Je comprends que tout changement apporté au RSSFP, ce qui inclut, selon le cas, toute modification visant les montants, le mode de paiement ou le montant du paiement exigé (y compris tout changement demandé à l'égard de la présente entente de DPA), ou bien toute interruption et reprise de paiements automatiques au titre de la présente entente de DPA, pourrait entraîner l'augmentation ou la réduction du montant prélevé ou qui doit être prélevé sur mon compte mensuellement. Par conséquent, j'autorise de telles augmentations ou réductions et renonce à toute exigence de préavis à leur égard.</p> <p>J'accepte que la Canada Vie recueille, utilise, conserve et échange des renseignements personnels à mon égard, en ma qualité de titulaire de compte et strictement aux fins de l'exécution de la présente entente de DPA. Je conviens qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.</p>	
• Signatures	Je confirme que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente de DPA ont signé ci-dessous, y compris tout cotitulaire de compte.	
• Changements relatifs au compte	J'aviserai la Canada Vie de tout changement concernant mon institution financière, ma succursale ou mon numéro de compte. Pour que les prélèvements se poursuivent sans interruption, il faut aviser la Canada Vie de toute modification au plus tard 14 jours avant la prochaine date de prélèvement. La Canada Vie peut modifier la présente autorisation selon mes directives verbales, mais elle n'y est pas obligée.	
• Confirmation des prélèvements	Je consens à examiner régulièrement les renseignements concernant mon compte. Si je ne suis pas d'accord ou que je m'interroge quant au montant prélevé ou quant à toute modification touchant mon compte, j'aviserai la Canada Vie par écrit dans les 90 jours suivant le prélèvement ou la modification touchant le compte; autrement, je conviens que le prélèvement ou la modification du compte seront considérés comme en règle.	Voici les coordonnées de la Canada Vie pour toute question concernant les prélèvements : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Solutions en administration des garanties – D227, CP 6000, Succursale Main, Winnipeg MB R3C 3A5, téléphone 1 855 415-4414.
• Insuffisance de fonds	S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans mon compte pour régler le montant total exigible (par « montant exigible », on entend tout montant dû compte tenu de ma protection au titre du RSSFP), j'autorise la Canada Vie à faire des tentatives subséquentes de prélèvement (ce qui comprend les paiements des mois précédents qui n'auraient pas été perçus). Si la ou les tentatives subséquentes sont également refusées pour cause d'insuffisance de fonds, je comprends que la présente entente de DPA pourrait être suspendue ou annulée, et que la protection au titre du RSSFP pourrait être suspendue ou résiliée par la Canada Vie. Je comprends qu'il m'incombera de régler les frais d'insuffisance de fonds le cas échéant.	
• Annulation	La présente entente de DPA peut être révoquée si un prélèvement est refusé ou annulé par mon institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours que je remets à la Canada Vie ou que la Canada Vie me remet.	Pour de plus amples informations concernant la présente entente de DPA, communiquez avec l'équipe Solutions en administration des garanties de la Canada Vie au 1 855 415-4414. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation de l'entente de DPA ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente de DPA, vous pouvez également communiquer avec votre institution financière ou consulter le site payments.ca .
	Je conviens que si les paiements préautorisés sont suspendus, je pourrais devoir remplacer mon mode de paiement par un mode de paiement jugé acceptable par la Canada Vie. La Canada Vie peut demander l'établissement d'une nouvelle entente de DPA écrite si la présente entente de DPA est annulée pour quelque raison que ce soit.	
• Recours	Vous avez certains droits de recours advenant qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, vous avez droit à un remboursement à l'égard de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez le site payments.ca .	