

**FORMULAIRE D'AUTORISATION
DE DÉBITS PRÉ-AUTORISÉS (DPA)**

SANS FRAIS

Nom de(s) l'assuré(s) : _____

No(s) police(s) : _____ Courriel : _____

TITULAIRE DU COMPTE

Nom du titulaire du compte (si différent de l'assuré) _____

Adresse : _____

No de téléphone : _____ - _____ No de télécopieur : _____ - _____ Code postal : _____

REPRÉSENTANT

Cabinet de courtage : _____ No d'agence : _____

INSTITUTION FINANCIÈRE

Nom de l'institution financière : _____

No du transit : _____ No de l'institution : _____ No du compte : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Type de service : personnel/particulier ou entreprise

- J'autorise **Le Groupe Estrie-Richelieu, compagnie d'assurance** (ci-après appelé le bénéficiaire) à déduire de mon compte, selon mes instructions, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels, pour le paiement, dû par moi au bénéficiaire, de la prime de la (des) police(s) d'assurance émise(s), ou de toute police émise en remplacement de cette (ces) dernière(s), et des taxes sur les primes d'assurance (le cas échéant) en vertu de la (des) police(s) d'assurance qui existe(nt) entre le bénéficiaire et moi.
- Le montant mensuel du DPA sera prélevé à la date déterminée par le bénéficiaire ; cette date pourra toutefois être modifiée suite à une demande de ma part. Je comprends qu'une telle demande aura un impact sur le quantième de ma police d'assurance. Le montant du DPA pourra être augmenté ou diminué dans le futur, en raison du renouvellement de la (des) police(s), d'avenant(s) ou d'annulation. **Par ailleurs, j'accepte et je comprends que le bénéficiaire ne m'avisera pas avant chaque DPA, tant et aussi longtemps qu'aucune modification ne sera apportée aux informations de paiement.**
- Dans le cadre de cet Accord, tous les DPA sur mon compte seront traités comme des DPA variables.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, le bénéficiaire est autorisé à soumettre de nouveau le DPA, suite à une entente entre les parties. Je comprends que si le montant à prélever n'est pas disponible de nouveau, le montant de la prime acquise devient dû immédiatement et le bénéficiaire peut résilier la (les) police(s) pour non-paiement de la prime.
- Je consens à informer par écrit le bénéficiaire de tout changement au niveau de mes coordonnées bancaires mentionnées dans cet Accord au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain DPA sur mon compte.
- Lors du renouvellement de ma (mes) police(s) d'assurance, la même forme de paiement s'appliquera, à moins que j'informe le bénéficiaire avant la date de renouvellement de ma (mes) police(s). Au renouvellement, les DPA seront prélevés aux mêmes dates et les montants seront fonction de la nouvelle prime.
- Cette autorisation peut être révoquée moyennant un préavis écrit de trente (30) jours au bénéficiaire. Je peux également m'adresser à mon institution financière au sujet de mes droits de révocation, ou visiter www.cdnpay.ca pour obtenir une copie de formulaire de révocation.
- Toute révocation de cet Accord n'annulera pas ou n'aura aucun impact sur tout autre accord qui existe entre moi et le bénéficiaire en ce qui a trait à tout contrat d'assurance, tant que le paiement est effectué d'une autre manière.
- Je reconnais avoir certains recours si un débit n'est pas conforme à l'Accord présent. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec l'Accord présent. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux m'adresser à mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Coordonnées du bénéficiaire : Le Groupe Estrie-Richelieu, compagnie d'assurance

770, rue Principale, Granby (Québec) J2G 2Y7
Téléphone : (450) 378-0101 ou 1-800-363-8971

Chaque signataire autorisé de ce compte doit apposer sa signature. _____ Date : _____

Signature : _____ (nom en caractères d'imprimerie)

Signature : _____ (nom en caractères d'imprimerie)

Signature : _____ (nom en caractères d'imprimerie)