

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Vous pouvez utiliser ce formulaire pour adhérer aux DPA ou modifier vos renseignements bancaires sur les polices d'assurance vie et maladie. Pour adhérer aux DPA ou modifier vos instructions de DPA sur une police ou un contrat de placement, veuillez utiliser le formulaire de modification des placements INP-125 approprié.

Dans le présent document, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. De plus, le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

1. Veuillez indiquer s'il s'agit : d'une nouvelle autorisation d'un changement dans les instructions de DPA

Numéro de police	Prénom de la personne assurée	Nom de famille	Montant des DPA	Montant affecté à la prime	Montant affecté à l'avance*
L			\$	\$	\$
L			\$	\$	\$
L			\$	\$	\$
L			\$	\$	\$

* Cette option ne s'applique pas à Trilogie.

Remarque : Nous préleverons toute prime en retard pour les polices précitées dès que nous aurons traité cette demande.

2. Information sur les DPA – VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ ou un formulaire d'autorisation de débits préautorisés (préimprimé) de votre institution financière

Date de retrait mensuel* (du 1^{er} au 28^e jour du mois) _____

* Nous pourrions effectuer le retrait de votre compte bancaire dans les deux jours ouvrables qui suivent cette date. Pour Trilogie, vous ne pouvez pas choisir une date de retrait qui a lieu après la date d'établissement de la police (p. ex., si nous avons établi la police le 15^e jour du mois, vous devez choisir une date de DPA qui précède ce jour.)

Prénom du payeur 	Nom de famille) ou nom exact de la société/l'entité* 	Date de naissance j j - m m - a a a a
----------------------	--	--

Adresse (numéro et rue) (Si vous utilisez une case postale, veuillez également nous fournir une adresse physique.)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ville 	Province 	Code postal
-----------	--------------	-----------------

Emploi (si retraité, indiquez l'emploi précédent)
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Type d'entreprise 	Lien avec le titulaire
-----------------------	----------------------------

Compétence d'enregistrement des entités (p. ex., pays, province, territoire) 	Numéro de constitution
--	----------------------------

* Si le payeur est une entité juridique (p. ex., partenariat, club ou autre entité), veuillez joindre une copie des documents constitutifs affichant le nom du signataire autorisé.

