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.

Effacer le formulaire

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 prélèverons 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 1er au 28e 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 15e 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

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.

Empire Vie MD

3. Autorisation et signatures

Je comprends et j'accepte que :

- l'entente de DPA mensuels peut être annulée dans les 10 jours suivant la date d'envoi d'un avis écrit par l'Empire Vie ou par moi-même. En cas d'annulation, les primes subséquentes seront alors payables à l'Empire Vie selon l'une ou l'autre des modalités alors offertes, conformément aux dispositions de la police. Pour plus d'information au sujet du droit d'annuler une entente de DPA, ou pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.paiements.ca;
- je ne recevrai pas d'avis de primes à payer tant que les DPA seront en vigueur;
- les DPA s'appliquent aux primes régulières prévues, qui sont variables et qui peuvent donc augmenter ou diminuer;
- toutes les primes requises pour la remise en vigueur d'une police sont payées indépendamment de cette autorisation;
- aux fins de cette autorisation, tout débit de mon compte sera traité comme un débit préautorisé personnel.
- **Pour toute question sur vos débits préautorisés, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone, au 1 800 561-1268, par télécopie, au 1 800 920-5868, ou par courriel à assurance@empire.ca.**

J'autorise :

- mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu des DPA;
- l'Empire Vie à prélever les paiements de prime mensuels au besoin, conformément à mes directives, et je comprends que ces montants peuvent être variables, et augmenter ou diminuer;
- **je renonce à mon droit de recevoir un avis avant que tout retrait ne soit effectué ainsi qu'au droit de recevoir un avis de tout changement de montant du retrait automatique.**

Une photocopie ou une image de l'autorisation de DPA dûment signée a la même valeur que l'original.

Fait et signé à (ville et province)	Date (j j - m m - a a a a)

Signature du titulaire (ou du premier signataire autorisé si le titulaire est une société)

X

Prénom du titulaire	Nom de famille	Titre, s'il signe pour la société

Signature du titulaire 2 (pour société titulaire ou titulaire conjoint) **OU** ☐ **Un seul signataire autorisé à lier la société/l'entité**

X

Prénom du titulaire	Nom de famille	Titre, s'il signe pour la société

Signature du titulaire du compte (si autre que le titulaire*)

X

Prénom du titulaire	Nom de famille	Titre, s'il signe pour la société

* Inclut les comptes de société, les comptes conjoints personnels ou tout compte de quiconque n'est pas le titulaire.

Sachez que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à cette entente. Vous avez le droit, par exemple, de recevoir un remboursement pour tout débit qui ne serait pas autorisé ou conforme à cette autorisation de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits d'exercer un recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le www.paiements.ca

Faites-nous parvenir le formulaire dûment rempli par la poste à :

Empire Vie, 259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8
ou par télécopie au 1 800 920-5868

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.