

AUTORISATION DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Solutions d'assurance collective
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8
Tél. : 1 800 267-0215 Téléc. : 1 888 841-9145

Dans le présent formulaire, les mots employés au masculin s'entendent également du féminin.

1. INFORMATION GÉNÉRALE

Nom du groupe

Numéro de police

2. COMPTE D'INSTITUTION FINANCIÈRE À DÉBITER :

Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint – **VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ.**

3. DATE DE RETRAIT

Indiquez le jour du mois où le retrait sera effectué* (du 1^{er} au 25^e jour du mois) _____

Si vous n'indiquez pas de date, nous effectuerons le retrait le 10^e jour du mois.

** Nous pourrions effectuer le retrait de votre compte bancaire dans les deux (2) jours ouvrables qui suivent cette date.*

4. AUTORISATION ET SIGNATURES

Je comprends et je conviens que :

- toute entente de débits préautorisés (DPA) mensuels peut être annulée dans les dix (10) jours suivant la date d'envoi d'un avis écrit envoyé par l'Empire Vie ou par moi-même;
- l'annulation de cette entente ne signifie pas l'annulation du service par l'Empire Vie et je suis responsable de toute somme due, qu'il s'agisse d'une somme passée, présente ou future;
- aux fins de la présente entente, tout retrait de mon compte sera traité comme un retrait personnel;
- pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation ou plus de renseignements relativement au droit d'annuler une entente DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

J'autorise :

- mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu de cette entente;
- l'Empire Vie à prélever les paiements de prime mensuels comme requis, conformément à mes directives, et je comprends que ces montants peuvent varier 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 au montant du retrait automatique.**

Une photocopie ou une copie numérisée de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original.

Fait et signé à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

Signature d'un représentant autorisé de l'entreprise

X

Nom et titre (en lettres moulées)

Signature d'un second représentant autorisé de l'entreprise
(si nécessaire)

X

Nom et titre (en lettres moulées)

Sachez que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un retrait ne serait pas conforme à la présente entente. Vous avez le droit de recevoir un remboursement pour tout retrait qui ne serait pas autorisé ou conforme à la présente entente relative au DPA. Pour obtenir plus de renseignements sur vos droits d'exercer un recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.