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			$	$	$

Pour ajouter d'autres polices, veuillez joindre une feuille distincte comprenant les détails ci-dessus. Cette feuille fera partie intégrante du présent formulaire.

* Cette option ne s'applique pas aux polices Trilogie[MD].

Remarque : Nous prélèverons toute prime en retard pour les polices indiquées dans ce formulaire 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) _____ Si aucune date n'est indiquée, la date de retrait sera la date d'établissement de la police.

* Nous pourrions effectuer le retrait de votre compte bancaire dans les deux jours ouvrables qui suivent cette date. Pour les polices 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. Entente de DPA, autorisation bancaire et signatures

Entente de DPA

- Les débits préautorisés (DPA) s'appliquent aux primes régulières prévues.
- L'entente de DPA peut être annulée dans les 10 jours suivant la date d'envoi d'un avis écrit par moi-même ou l'Empire Vie. En cas d'annulation, les primes subséquentes seront alors payables à l'Empire Vie selon l'une des modalités offertes, conformément aux dispositions de la police. Pour plus de détails 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.
- Aux fins de cette entente, tout débit de mon compte sera traité comme un débit préautorisé personnel.
- **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.**
- Je sais que certains droits d'exercer un recours existent dans le cas où un débit ne serait pas conforme à cette entente. J'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout retrait qui ne serait pas autorisé ou conforme à cette entente de DPA. Pour en savoir plus sur mes droits d'exercer un recours, je peux contacter l'Empire Vie ou visiter le www.paiements.ca.

Pour les requêtes concernant vos DPA, veuillez communiquer avec :
L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8
Tél. : 1 800 561-1268; Téléc. : 1 800 920-5868; assurance@empire.ca

Autorisation bancaire

J'autorise l'Empire Vie à prélever les paiements mensuels de la prime, au besoin, et selon mes directives dans ce formulaire. J'autorise mon institution financière à honorer tout retrait (débit) de mon compte en vertu de l'entente de DPA. Je comprends que ces montants pourraient être variables, et augmenter ou diminuer.

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.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à :

Par la poste :
Empire Vie
259, rue King Est
Kingston ON K7L 3A8

Par télécopie : 1 800 920-5868
Par courriel : assurance@empire.ca

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

Empire Vie MD