

Section 1 : Information générale

Numéro de contrat ou de la proposition _____

Numéro de contrat ou de la proposition _____

Numéro de contrat ou de la proposition _____

Section 2 : Jour de prélèvement

Précisez le jour : | J | J |

→ nouvelle affaire : Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement sera la date d'établissement du contrat.

→ contrat en vigueur : Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement actuel sera inchangé.

- Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.

- Vie universelle seulement : Si le jour de prélèvement précisé est après la date d'établissement du contrat, le jour de prélèvement sera modifié d'office pour coïncider avec la date d'établissement du contrat.

Section 3 : Accord de débits préautorisés (DPA)

<ol style="list-style-type: none"> J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance. Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser SSQ, Société d'assurance inc. avant la date dudit renouvellement. Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA. Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, SSQ, Société d'assurance inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA. J'accepte de signaler par lettre à SSQ, Société d'assurance inc., tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA. Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué ci-haut ou le jour ouvrable suivant. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels. J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA. 	<ol style="list-style-type: none"> Dans le cas où je demande à SSQ, Société d'assurance inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis. Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à SSQ, Société d'assurance inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca. Je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours. Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec SSQ, Société d'assurance inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par SSQ, Société d'assurance inc. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. 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 le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca. <p><i>Veillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention «ANNULÉ».</i></p>
---	--



Section 4 : Institution financière

Nom de l'institution financière _____

Adresse, ville, province et code postal de la succursale _____

Succursale (5 chiffres) _____

Numéro de l'institution financière (3 chiffres) _____

Numéro de compte _____

Section 5 : Autorisation bancaire

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (En caractères d'imprimerie) _____ X _____ Signature _____ | A A A A | M M | J J | Date _____

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (En caractères d'imprimerie) _____ X _____ Signature _____ | A A A A | M M | J J | Date _____

Section 6 : Détermination de l'existence d'un tiers

1. Est-ce que le payeur des primes est différent du nouveau propriétaire? Oui Non

2. Existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat ou est-ce qu'un tiers aura l'usage de et/ou accès à la valeur du contrat? Oui Non

Si OUI, veuillez indiquer les renseignements sur le payeur des primes et/ou le tiers ci-dessous :

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers _____ | A A A A | M M | J J | Date de naissance (si le tiers est une personne physique) _____

Adresse complète permanente du tiers _____

Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession) _____

Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s) _____

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité : _____

Numéro d'entreprise _____

Lieu de délivrance du certificat de constitution _____