

Numéros de contrats :

1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT DE LA PRIME

Annuel Débits préautorisés (DPA) Remplir l'accord de débits préautorisés à la section 2.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du preneur 1

Nom du preneur 1 (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du preneur 2

Nom du preneur 2 (en caractères d'imprimerie)

2 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

2.1 IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

Preneur 1 Preneur 2 Autre : M. Mme

Prénom (en caractères d'imprimerie)

Nom (en caractères d'imprimerie)

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province)

Code postal

Ind. rég.

Téléphone

Date de naissance :

Année

Mois

Jour

2.2 IDENTIFICATION DU COMPTE BANCAIRE : Spécimen de chèque joint Coordonnées bancaires fournies ci-dessous :

⑈ 243 ⑈ ⑆ 0000 5 ⑈ 1 231 ⑆ 1 2345 ⑈ 1 23456 ⑈

Numéro de succursale

Numéro de l'institution

Numéro du compte

Numéro de succursale

Numéro de l'institution

Numéro du compte

2.3 TYPE DE DPA : Personnel Entreprise

2.4 DATE DE PRÉLÈVEMENT :

Le _____ de chaque mois (entre le 1^{er} et le 30^e jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par l'Assureur.

2.5 RENONCIATION

Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à mon droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

2.6 ANNULATION

Cet accord peut être annulé sur réception par l'Assureur d'un préavis d'au moins 10 jours avant la date prévue du prochain DPA. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

2.7 RECOURS ET REMBOURSEMENT

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

2.8 AUTORISATION

J'autorise l'Assureur ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire identifié ci-dessus les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à l'Assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du payeur de la prime

La Capitale assurance et services financiers
625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5
Tél. : 418 528-2211 ou 1 800 463-4433 | Courriel : gfi@lacapitale.com