PROMUTUEL

LANAUDIERE, Société mutuelle d'assurance générale
249, rue Principale, St-Alexis-de-Montcalm, Québec J0K 1T0
Tél. 450-755-5555 ou 1-888-755-5512 Télécopieur 450-839-2229

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) DU PAYEUR

1. Coordonnées du payeur

Nom : _____

Adresse : _____

Nº contrat d'assurance : _____

_____

Nº membre : _____

Ville : _____

Type de service : ¨ personnel ¨ entreprise

Province : Code postal : _____

2. Renseignements sur le compte bancaire

Transit | | | | | | Institution | | | | Compte | | | | | | | | | | |

Nom de l'Institution financière : _____

Adresse de la succursale : _____

Je m'engage à aviser mon courtier ou mon agent d'assurance de tout changement relatif à mes coordonnées ou à mes renseignements sur mon compte bancaire, et ce, au moins 15 jours ouvrables avant la date du prochain prélèvement.

3. Autorisation, détails des débits préautorisés (DPA) et renonciations

Je, soussigné, autorise PROMUTUEL LANAUDIERE à débiter de mon compte bancaire, selon le nombre de versements choisis, tous les montants qui lui sont dus en vertu du contrat d'assurance mentionné à la section 1, incluant notamment le montant mensuel de la prime d'assurance, les frais d'administration mentionnés ci-bas et les taxes applicables. Le montant des paiements peut varier. Je recevrai 10 jours ouvrables avant le premier prélèvement un avis détaillé indiquant les montants et les dates de prélèvement.

Nombre de versements : 12 versements avec 5% de frais d'administration

Pour tout prélèvement non honoré, j'autorise PROMUTUEL LANAUDIERE à débiter de nouveau de mon compte le montant refusé ainsi que les frais de services prévus de 30$ et ce, dans les trente (30) jours ouvrables suivant ce défaut de paiement.
Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que PROMUTUEL LANAUDIERE ait reçu du payeur un préavis de 15 jours ouvrables de sa modification ou de sa résiliation. Vous pouvez obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur votre droit d'annuler un DPA du payeur en vous adressant à votre institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca. L'annulation du présent Accord n'a pas pour effet de mettre fin au contrat d'assurance mentionné à la section 1.

Par la présente, en signant ci-dessous, je renonce à recevoir tout avis écrit avant chaque prélèvement préautorisé. Je renonce également à recevoir un avis de toute cession du présent Accord.

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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Pour toute question relative au présent accord, veuillez communiquer avec votre courtier ou votre agent d'assurance.

Signataire (s) autorisé (s) : _____ (Titulaire du compte)

_____ (Titulaire du compte conjoint)

Date : _____