

SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) POUR LES PRIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez retourner le présent formulaire rempli et signé, accompagné d'un chèque avec la mention « ANNULÉ » à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (le « bénéficiaire ») à l'adresse mentionnée ci-dessous. Les établissements financiers du bénéficiaire et du payeur (définis ci-dessous) reçoivent la directive et sont autorisés à traiter les débits du compte bancaire du payeur, et ce, mensuellement, sous réserve des dispositions ci-dessous, afin de prélever les primes comme suit :

1. Renseignements généraux (veuillez écrire lisiblement en lettres moulées)	N° du contrat d'assurance collective : Nom de l'employeur titulaire de police d'assurance collective (le « payeur ») Nom du payeur ou des payeurs si autres que l'employeur titulaire de police d'assurance collective (le « payeur ») <input type="checkbox"/> Établir nouvelle entente de DPA OU <input type="checkbox"/> Modifier l'entente existante de DPA Nota : les paiements par comptes de « marge de crédit » ou de cartes de crédit ne sont pas des modes de paiement acceptés.	
2. Renseignements sur les débits (veuillez indiquer les dates)	Entente relative aux débits Cette somme est considérée comme « variable ». Le prélèvement des paiements débutera à la date de facturation du _____ JJ MM AAAA	Date d'échéance des débits Date du débit de la prime désirée : le _____ (1 ^{er} , 10 ou 15) de chaque mois. Nota : dans le cas des contrats SAS inscrits au budget, la date de débit doit être le 10 du mois. <input type="checkbox"/> Le 26 de chaque mois pour la facturation à terme échu ou le solde des paiements dû.
3. Type de service	Aux fins de la présente entente, tous les débits mensuels automatiques effectués dans ce compte bancaire seront traités comme des débits personnels de primes d'assurance, comme l'indique l'Association canadienne des paiements dans sa règle H1 sur leur site Web, à l'adresse www.cdnpay.ca .	
4. Renonciation Le bénéficiaire fournira un avis écrit à l'employeur titulaire de police d'assurance collective en ce qui a trait au montant qui sera débité (sous forme d'un relevé de prime mensuel), avant la date d'échéance de chaque débit préautorisé automatique.	Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis relatif au montant variable du débit initial ainsi que des débits subséquents.	
5. Annulation Veuillez communiquer avec votre établissement financier concernant vos droits d'annulation de paiement. Un spécimen d'avis d'annulation est disponible sur le site Web de l'Association canadienne des paiements au www.cdnpay.ca .	Le payeur le droit de faire annuler la présente entente de DPA en tout temps. La présente entente de DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce le payeur avise le bénéficiaire d'une annulation. NOTA : afin de vous assurer de l'annulation du prochain débit, un avis écrit doit être reçu au siège social du bénéficiaire au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain débit. L'annulation de la présente entente de DPA n'affectera pas le contrat entre l'employeur titulaire de police d'assurance collective et le bénéficiaire, du moment que la prime est réglée au moyen d'un autre mode de paiement selon la période déterminée dans le contrat ou les contrats.	
6. Coordonnées du bénéficiaire	L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada One Westmount Road North P.O. Box 1603 Stn. Waterloo Waterloo (Ontario) N2J 4C7 Sans frais 1 800 265-4556, poste 640 Télécopieur 519 883-7403 Courriel : groupcollection@equitable.ca	
7. Recours et remboursement Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou visiter le site Web www.cdapay.ca .	Le payeur a certains droits de recours si un débit n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de DPA. Le payeur a le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de la présente entente de DPA.	
8. Date et signature	Toutes les signatures requises pour les retraits à partir de ce compte bancaire sont incluses sur le présent formulaire et toutes les conditions établies dans le présent formulaire sont comprises et acceptées. Signature des signataires autorisés du payeur : _____ (titres) Date : _____ Nota : les sections 1, 2 et 8 doivent être remplies au complet.	