

**IMPORTANT** : L'entente de débits préautorisés ne couvre pas les coûts liés au compte de gestion santé (CGS), au compte de mieux-être, au compte d'activité physique ni aux ententes de remboursement *Cost Plus*. Vous devrez effectuer le paiement de ces derniers séparément, par chèque ou par Internet, auprès de votre institution financière.

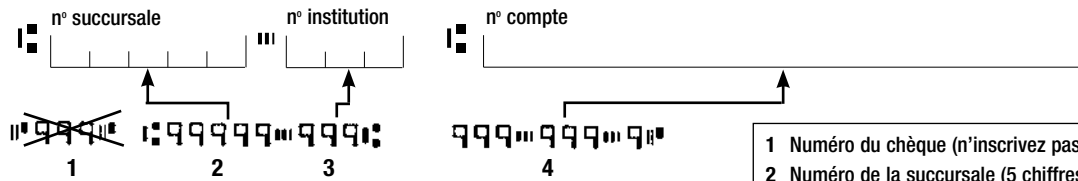
**RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE POLICE**

Nom du titulaire de police (employeur/organisation) : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° de compte :  Tous les comptes  
 Compte ou comptes suivants : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte bancaire : \_\_\_\_\_

Nom du second titulaire du compte bancaire : \_\_\_\_\_  
(s'il y a lieu)

Information bancaire : 

The diagram shows a MICR line with four sections labeled 1, 2, 3, and 4. Section 1 is crossed out with a large 'X'. Section 2 is labeled 'n° succursale', section 3 is 'n° institution', and section 4 is 'n° compte'. Arrows point from the labels to their respective sections in the MICR line.

N. B. : Vous pouvez joindre à ce formulaire un spécimen de chèque portant la mention « NUL » ou une confirmation écrite complète provenant de votre institution financière, dans le but d'éviter une erreur de transcription.

- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.

**IMPORTANT** : Vous devez informer l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. de tout changement dans vos renseignements bancaires relativement aux débits préautorisés.

**PÉRIODICITÉ DES DÉBITS PRÉAUTORISÉS**

Veuillez sélectionner la date\* à laquelle vous voulez que les primes soient prélevées sur votre compte bancaire :

1<sup>er</sup> jour de chaque mois     5<sup>e</sup> jour de chaque mois     10<sup>e</sup> jour de chaque mois     15<sup>e</sup> jour de chaque mois

N. B. : Si vous ne sélectionnez aucune date, la date par défaut sera le 10<sup>e</sup> jour de chaque mois.

\* Pour les comptes de régimes d'avantages sociaux non assurés (RASNA), la périodicité est indiquée dans l'entente financière.

**ENTENTE DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS**

Dans la présente entente de débits préautorisés (DPA), « je » se rapporte à chaque titulaire du compte bancaire ou à chaque signataire autorisé, qui déclare ce qui suit en ce qui le concerne :

**Autorisation**

J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (« la Société ») et l'institution financière ci-dessus spécifiée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser en tout temps) à effectuer des DPA sur le compte bancaire ci-dessus spécifié (ou tout autre compte que je peux spécifier en tout temps), pour le paiement des primes, des taxes, des dépôts, des versements et des frais en vertu de la police et du ou des comptes auxquels la présente entente est rattachée. Les DPA périodiques réguliers seront prélevés à la date et à la fréquence que j'ai choisies ci-dessus, tandis que les DPA ponctuels occasionnels pourront être prélevés à toute autre date.

Si un DPA est refusé pour quelque raison que ce soit (par exemple une provision insuffisante (« NSF »), une opposition au paiement, une fermeture de compte, etc.), la Société est autorisée à effectuer le DPA de nouveau. Les frais assumés par la Société en raison du DPA refusé seront ajoutés au DPA suivant.

**Montant variable du DPA**

Je conviens que le montant du DPA peut varier d'un mois à l'autre, en raison des rajustements administratifs calculés par la Société, et ce, en fonction des renseignements relatifs à la gestion de la police ci-dessus spécifiée.

**Renonciation**

J'accepte de renoncer à recevoir un avis m'informant que des changements seront apportés, à ma demande ou à la demande de la Société, au montant (hausse ou baisse), à la date ou à la fréquence des DPA.

**Cession**

Je comprends que la Société ne peut céder la présente entente sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain DPA, un avis écrit de la cession.

**Modification ou annulation**

J'informerai la Société, dans un délai raisonnable, de tout changement apporté à la présente entente. En cas de changement aux renseignements bancaires, j'accepte de fournir à la Société un avis écrit au moins 10 jours avant le prochain DPA.

Je peux annuler la présente entente, à condition de faire parvenir un avis écrit à la Société 30 jours avant le prochain DPA. Toute annulation de la présente entente n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon. Pour plus d'information sur mon droit d'annulation de l'entente, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Remboursement**

J'ai certains droits de recours si un DPA n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Attestation**

J'atteste que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente ont apposé leur signature ci-dessous.

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

Date 

A	M	J

Si le compte requiert deux signatures :

\_\_\_\_\_  
Nom du second titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

Date 

A	M	J

**COORDONNÉES DE L'INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.**

Téléphone sans frais : 1 877 422-6487

Courrier : Administration

Télécopieur : 1 888 780-2376

C. P. 790, succursale B

Montréal (Québec) H3B 3K6

Courriel : [assurancecollective@ia.ca](mailto:assurancecollective@ia.ca)