

Numéros de contrats :

**1 IDENTIFICATION DU OU DES PRENEURS**

Nom du preneur 1 (en caractères d'imprimerie)

Prénom du preneur 1 (en caractères d'imprimerie)

Nom du preneur 2 (en caractères d'imprimerie)

Prénom du preneur 2 (en caractères d'imprimerie)

**2 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

**3 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)**

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

  
 Numéro de succursale | Numéro de l'institution | Numéro du compte

Numéro de succursale | Numéro de l'institution | Numéro du compte

**3.2 TYPE DE DPA :**  Personnel  Entreprise

**3.3 DATE DE PRÉLÈVEMENT :**

Le \_\_\_\_\_ de chaque mois (entre le 1<sup>er</sup> et le 30<sup>e</sup> jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par l'Assureur.

**3.4 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.**

**3.5 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](http://www.cdnpay.ca).

**3.6 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](http://www.cdnpay.ca).

**3.7 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 \_\_\_\_\_ .



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](mailto:gfi@lacapitale.com)