

**DEMANDE D'ADHÉSION
AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ D'ENTREPRISE (DPA)
ACCORD DU PAYEUR****Demande d'adhésion au débit préautorisé pour permettre à Desjardins Assurances* de prélever mensuellement le montant requis pour régler :**

- les primes calculées par Desjardins Assurances conformément aux dispositions financières relatives aux garanties assurées;
- le total des prestations et des frais facturés relativement aux garanties autoassurées;
- le total des garanties assurées et autoassurées sur base budgétée (BASO).

Section A. Identification – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur

Adresse – N°, rue

Ville

Province

Code postal

Section B. Débit préautorisé – Suite au verso

Nom de l'entreprise titulaire du compte

Nom de l'institution financière où est détenu le compte

N° de l'institution

N° de transit ou de succursale

N° de compte bancaire

Numéro de contrat : _____

☐ Tous les comptes du contrat☐ Pour les comptes suivants : _____

- **Un seul formulaire est requis** si les montants doivent être prélevés **sur un même compte bancaire pour tous les comptes du contrat.**
- **Un formulaire distinct est nécessaire pour chaque compte dont le prélèvement doit être effectué à partir d'un compte bancaire différent.**
- Joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
- Veuillez aviser Desjardins Assurances si vous changez de compte ou d'institution financière.

PRÉCISEZ LES GARANTIES ET ENTENTES CONCERNÉES PAR CETTE DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ :☐ Applicable à **toutes les garanties ou ententes** (voir la section C pour la liste des garanties)☐ Applicable à **certaines garanties ou ententes** – Précisez les garanties applicables :☐ Garanties assurées☐ Services administratifs seulement (SAS)☐ Garanties assurées et autoassurées sur base budgétée (BASO)☐ Régime à prix coûtant majoré (Cost Plus)☐ Services-conseils en gestion et prévention des invalidités (GPI)☐ Compte de dépenses de frais de santé (CDFS)☐ Compte mieux-être (CME)☐ Services d'accommodements et de prévention des absences (SAPA)**AUTORISATION DE RETRAIT**

J'autorise Desjardins Assurances à effectuer mensuellement des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus.

Chaque retrait correspondra à un montant variable, lequel sera indiqué sur le relevé de facturation transmis par Desjardins Assurances au plus tard à la date d'échéance du montant dû. Chaque retrait est effectué le 15 ou le 16 du mois ou suivant l'envoi du relevé de facturation si ce dernier est envoyé après le 15 ou le 16 du mois**.

Je comprends que le présent accord de DPA constitue la confirmation prévue à l'article 16 de la Règle H1 de Paiements Canada. J'accuse réception d'une copie du présent accord et je comprends que cette copie m'est destinée. En conséquence, je renonce à ce que ce relevé de facturation me soit transmis dans le délai de 10 jours prévu par la Règle H1 de Paiements Canada, et ce, tant pour le premier débit que lors des débits subséquents. En ce qui concerne les garanties autoassurées sur base budgétée (BASO), un débit supplémentaire pourrait être effectué à la fin de l'année financière si un montant est dû. Une confirmation du montant à prélever ainsi que la date du prélèvement me seront transmises par écrit au moins 5 jours avant la date prévue du retrait.

* Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

** Détails à la section C.

Section B. Débit préautorisé – Suite

CHANGEMENT OU ANNULATION

J'informerai Desjardins Assurances dans un délai raisonnable de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours civils. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de Paiements Canada à l'adresse paiements.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation.

J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié au recto de ce formulaire, ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à Desjardins Assurances équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

REMBOURSEMENT

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai 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 obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter paiements.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 10 jours ouvrables du retrait, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre Desjardins Assurances et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

<hr/>	X	<hr/>
Nom du signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES)	Signature du signataire autorisé	Date
<hr/>	X	<hr/>
Nom du second signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES) (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	Signature du second signataire autorisé	Date

Section C. Liste des garanties et dates de prélèvement

Les débits préautorisés sont effectués le 15 de chaque mois pour les garanties suivantes :

- Garanties assurées
- Garanties assurées et autoassurées sur base budgétée (BASO)

Les débits préautorisés sont effectués le 16 de chaque mois pour les garanties suivantes :

- Services administratifs seulement (SAS)
- Régime à prix coûtant majoré (Cost Plus)
- Compte de dépenses de frais de santé (CDFS)
- Compte mieux-être (CME)
- Services-conseils en gestion et prévention des invalidités (GPI)
- Services d'accommodements et de prévention des absences (SAPA)

**RETOURNEZ CE FORMULAIRE AINSI QU'UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE À DESJARDINS ASSURANCES
ET CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**