

**DEMANDE D'ADHÉSION AU  
DÉBIT PRÉAUTORISÉ D'ENTREPRISE**  
**ACCORD DU PAYEUR****A - IDENTIFICATION**

Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom du preneur		N° de contrat	N° de(s) compte(s)	
Adresse - N°, rue		Ville	Province	Code postal

**B - DÉBIT PRÉAUTORISÉ**

Nom de l'entreprise titulaire du compte

Nom de l'institution financière où est détenu le compte	N° de l'institution	N° de transit/succursale	N° de compte
---	---------------------	--------------------------	--------------

**AUTORISATION DE RETRAIT**

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée 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 des primes transmis par Desjardins Assurances au plus tard à la date d'échéance du prélèvement de la prime du régime d'assurance collective. **En conséquence, je renonce à ce que ce relevé 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.**

J'accuse réception d'une copie du présent accord.

**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 ci-dessus 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.

Nom du signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES)	Signature du signataire autorisé	Date
Nom du deuxième signataire autorisé (EN LETTRES MAJUSCULES) (S'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises.)	Signature du deuxième signataire autorisé	Date

**IMPORTANT**

Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.  
Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser Desjardins Assurances.

**Veuillez transmettre l'original à Desjardins Assurances et conserver une copie pour vos dossiers.**