viaction Assurance

DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) MENSUEL

Titulaire(s) du compte bancaire

Nom et prénom du payeur	N° de téléphone
Adresse (rue, ville, province)	Code postal

Coordonnées du compte bancaire (CANADIEN)

Nom de l'institution financière ou est détenu le compte	No de l'institution	No de transit	No de compte bancaire
	----- ----- -----	---- ---- ---- ---- ----	----- ----- ----- ----- ----- ----- -----

Attachez ici un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».

IMPORTANT : Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez nous en informer le plus rapidement possible.

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e), autorise, l'assureur ***VIACTION ASSURANCE INC*** et son mandataire à percevoir de mon compte bancaire personnel décrit ci-haut les montants exigibles relativement à la prime d'assurance vie de la présente demande comme suit, le tout constituant un DPA personnel/particulier :

*Le prélèvement aura lieu le **15 du mois** suivant votre date de paiement habituel.*

Chaque retrait **mensuel** ☐ concerne la police(s) no(s) :_____ et correspondra à un montant fixe de _____ $

Chaque retrait pourra être majoré sans autre autorisation de ma part, pourvu que l'assureur me transmette un avis écrit au moins dix jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié. J'autorise l'assureur à facturer et débiter des frais lorsque le débit préautorisé ne peut être effectué tel que convenu dans le présent accord. J'autorise l'institution financière décrite ci-haut à déduire de mon compte le montant précisé précédemment. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part. Cet avis doit être envoyé à l'assureur 30 jours précédant le prochain prélèvement. **Je renonce au droit de recevoir un préavis concernant le montant qui sera porté au début de mon (notre) compte et la date du dudit débit.**

Droit de recours

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente autorisation. 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 la présente autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande de DPA 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.

Signature du payeur

✕ _____ _____

Signature du titulaire du compte (obligatoire) Date (jj/mm/aaaa)

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À :

***VIACTION ASSURANCE INC.*, 210-2175, boul. De Maisonneuve Est, Montréal (Québec) H2K 4S3.**

WWW.viaction.ca Tél :1 888 995-5159 Courriel : administration@viaction.ca