

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS DU PAYEUR

1. Je joins/nous joignons un spécimen de chèque avec la mention « nul » au présent accord.
J'informerai/nous informerons le bénéficiaire de tout changement aux renseignements que contient le présent accord. Ce préavis doit être donné par écrit ou appel téléphonique au moins 10 jours avant la date prévue du prochain débit. Veuillez noter que tout changement au nom du payeur sur le compte ou tout changement d'institution financière doit être fait par écrit.
2. Nom et adresse du bénéficiaire :
Compagnie d'assurance Combined d'Amérique/Combined Insurance Company of America
(ci-après « *Combined Assurances* » ou « *bénéficiaire* »)
Case postale 3720 MIP, Markham, (Ontario) L3R 0X5
Téléphone: 1 888-234-4466 Télécopieur: 1-905-305-8600
www.combined.ca
3. Je peux/nous pouvons donner instruction au bénéficiaire, par un appel téléphonique ou un courriel, de changer le montant du prélèvement automatique prévu dans cet accord.
4. Je reconnais/nous reconnaissons que si le débit préautorisé est retourné à l'institution de traitement pour insuffisance de provision, le débit refusé sera automatiquement représenté pour encaissement par l'institution de traitement et le compte pourrait être débité des frais d'insuffisance de provision.
5. Je garantis/nous garantissons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser les prélèvements dans le compte ont signé le présent accord.
6. J'autorise/nous autorisons Combined Assurances à délivrer les débits préautorisés tirés sur le compte qu'ils soient maintenus à la succursale indiquée ou transférés de temps à autre à une autre succursale de la banque ou institution financière, en vue du paiement à Combined Assurances des primes de la police selon ce qui est nécessaire.
7. Je peux/nous pouvons annuler le présent accord en tout temps en avisant le bénéficiaire par écrit, ou par téléphone, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information, sur mon/notre droit d'annuler le présent accord, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
8. Je reconnais/nous reconnaissons que l'institution de traitement n'est pas tenue de s'assurer qu'un débit préautorisé a été délivré en conformité avec le présent accord, y compris, notamment, en ce qui concerne le montant, ou que toute finalité du paiement pour lequel le débit préautorisé a été délivré a été respectée par le bénéficiaire comme condition à l'encaissement du débit préautorisé délivré ou fait délivré sur le compte par le bénéficiaire.
9. La révocation du présent accord n'a pas pour effet de mettre fin à tout contrat de biens ou de services qui existe entre moi/nous et le bénéficiaire. Cet accord ne s'applique qu'au mode de paiement et n'a aucune autre portée sur un tel contrat de biens ou de services.
10. J'ai/nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai/nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir plus d'information sur mes/nos droits de recours, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
11. Je renonce/nous renonçons au droit de recevoir un préavis de 10 jours concernant l'augmentation ou la réduction du montant du prélèvement automatique ou un changement de date du prélèvement.



NOM DU OU DES DÉPOSANTS FIGURANT AU DOSSIER DE LA BANQUE OU DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Grid for depositor name: 28 boxes

TYPE DE POLICE (A = ACCIDENT, M = MALADIE, V = VIE)
▼

NUMÉRO DE POLICE

NOM DE L'ASSURÉ (EN LETTRES MOULÉES)

DATE
D'AUJOURD'HUI

MM

JJ

AA

Grid for policy type and number: 28 boxes

Grid for insured name: 24 boxes

Grid for date: MM, JJ, AA boxes

PRIME MENSUELLE
FIXE POUR LA OU
LES POLICES

Grid for monthly premium: 10 boxes, \$ symbol

- Les prélèvements sont opérés au, ou aux environs du,
 - jour de facturation préféré dans le mois s'il est indiqué sur la ou les propositions de police; ou
 - aux dates d'échéance de la prime ou de la ou des polices.
- Cet accord de débits préautorisés ne saurait s'interpréter comme une modification de l'une ou l'autre disposition de la ou des polices sauf que, pendant que le présent accord est en vigueur, Combined Assurances ne sera pas tenue d'aviser le soussigné de l'échéance des primes pour la ou les polices souscrites.
- Si l'une des polices listées inclut une clause d'augmentation automatique des primes et des indemnités, les primes futures augmenteront tel qu'il est indiqué dans le tableau des primes et indemnités de la police.

NOM DE LA BANQUE OU DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

ADRESSE DE LA SUCCURSALE

VILLE ET PROVINCE

N° DE SUCCURSALE N° DE L'INSTITUTION N° DE COMPTE DU CLIENT

Grid for branch, institution, and account numbers: 28 boxes

SIGNATURE DU DÉPOSANT IDENTIQUE À CELLE AU DOSSIER DE LA BANQUE OU DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Grid for signature: 58 boxes

NOM DU REPRÉSENTANT DES VENTES (EN LETTRES MOULÉES)

N° DE CODE

Grid for sales representative name and code: 58 boxes

UTILISER CETTE SECTION SEULEMENT POUR MODIFIER LES RENSEIGNEMENTS AU DOSSIER

MODIFIER LES RENSEIGNEMENTS BANCAIRES AU DOSSIER

MODIFIER LE JOUR DE FACTURATION PRÉFÉRÉ (1 À 28 SEULEMENT)

BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE

JOINDRE SPÉCIMEN DE CHÈQUE ANNULÉ ICI
CE COMPTE DOIT ÊTRE UN COMPTE-CHÈQUES

BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE • BANDE COLLANTE

ALIGNER LE COIN INFÉRIEUR GAUCHE DU CHÈQUE ANNULÉ SUR LES POINTILLÉS