



# VERSEMENT PRATIK

## ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) ENTRE L'ASSURÉ ET L'UNION CANADIENNE, COMPAGNIE D'ASSURANCES

Veillez compléter la convention de régime de débits préautorisés (DPA) ci-après aux endroits requis. Par la même occasion, prière de prendre connaissance des clauses insérées dans cet Accord de DPA, de cocher la case signifiant votre acceptation de ces termes et finalement de signer et dater le formulaire à l'endroit prévu à cette fin.

Le présent Accord vise uniquement la méthode de paiement par prélèvements bancaires prévue au contrat d'assurance. L'annulation du présent Accord ne met pas fin au contrat d'assurance ni aux obligations de l'assuré et de l'assureur relativement au contrat d'assurance.

### Institution financière qui effectuera les prélèvements

À remplir en lettres majuscules s.v.p.

Nom : \_\_\_\_\_ N° d'institution : \_\_\_\_\_

N° de transit : \_\_\_\_\_ N° de compte : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Type de service :  Personnel  Entreprise

Prélèvement effectué le \_\_\_\_ du mois\* Nombre de prélèvements :  mensuel  4  3  1

\*Vous avez le choix entre la date d'entrée en vigueur de votre contrat ou encore jusqu'à quinze jours suivant cette date.  
Par exemple, si votre contrat entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre, vous pouvez choisir n'importe quelle date entre le 1<sup>er</sup> et le 16.

### Bénéficiaire

L'UNION CANADIENNE, COMPAGNIE D'ASSURANCES

2475, boulevard Laurier

Québec (Québec) G1T 1C4

Tél. : 418 651-3551

Sans frais : 1 800 463-3382

## Spécifications relatives aux prélèvements et Annulation de l'Accord

J'autorise L'UNION CANADIENNE, COMPAGNIE D'ASSURANCES, ci-après nommée « l'assureur », à prélever des fonds sur le compte mentionné au recto en paiement de la prime, de la taxe, ainsi que des frais applicables, s'il y a lieu, au contrat d'assurance et à constituer et conserver un dossier à cette fin.

J'autorise l'institution financière désignée au recto à effectuer les paiements et à débiter mon compte des sommes payables à l'assureur, tel que spécifié ci-dessus par mes choix de date de prélèvement et de nombre de prélèvements. Le montant définitif des prélèvements incluant les taxes de vente me sera communiqué sur la facture qui sera jointe à mon contrat d'assurance.

Ces ordres de prélèvements doivent être considérés comme des chèques établis par moi et ayant la même valeur que si je les avais délivrés personnellement.

**Par le présent Accord, je renonce à recevoir les préavis suivants :**

**i) Avis de dix (10) jours avant le premier prélèvement**

**ii) Avis pour tout changement de date de prélèvement ou de montant suite à un renouvellement d'assurance ou pour tout changement à la couverture d'assurance, que ce soit à la demande de l'assuré ou de l'assureur.**

Je comprends qu'en cas de débit non honoré pour provision insuffisante, un nouveau débit, incluant des frais de transaction sans provision de 25 \$, sera prélevé dans un **délai de 15 jours** après son traitement dans le système informatique de l'assureur.

Cette autorisation peut être annulée en tout temps par un **préavis de 30 jours de ma part envoyé au mandataire** ci-après mentionné.

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 visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

## Mandataire de l'assureur

Mon courtier d'assurances, dont les coordonnées se trouvent au bas de ce formulaire, agit en tant que mandataire de l'assureur. Ce courtier se réserve le droit d'évaluer mon admissibilité quant au programme Versement Pratik, puisque certaines conditions, exclusions et limitations s'appliquent.

**Toutes questions ou demandes concernant le présent Accord ainsi que mon contrat d'assurance doivent lui être adressées.**

De plus, je m'engage à signaler au mandataire tout changement relatif au compte désigné sur cet Accord par un avis écrit dans un **délai de 15 jours**.

## Obtention d'un remboursement

Je possède 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 un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

En premier lieu, je m'engage à signaler toute demande de remboursement au mandataire avant de formuler ladite demande à mon institution financière.

J'ai bien lu les termes et conditions présents dans cet Accord de DPA (17008), je les accepte et je comprends qu'ils sont sujets à changement sans préavis.

Première signature \_\_\_\_\_ Deuxième signature \_\_\_\_\_

(s'il y a lieu)

Date \_\_\_\_\_

## Autorisation de prélèvements\* automatiques

À remplir en lettres majuscules s.v.p.

Durée du contrat : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_ Type de contrat :  Automobile des particuliers  Habitation des particuliers  
 Automobile des entreprises  Biens des entreprises

## Coordonnées du mandataire et de l'assuré (des assurés)

Nom du courtier : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré (des assurés) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : Travail ( ) \_\_\_\_\_ Résidence ( ) \_\_\_\_\_

Nom(s) du (des) titulaire(s) du compte : \_\_\_\_\_

\*Certains frais peuvent s'appliquer, veuillez vérifier auprès de votre courtier.

**Pour de plus amples informations sur le programme Versement Pratik, nous vous invitons à communiquer avec votre courtier.**