

**Directives à l'intention du payeur**

- Remplissez et signez un seul formulaire **par contrat**.
- Conservez une copie de ce formulaire.
- Fournissez un chèque portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.
- ⚠ Certaines situations, identifiées à la **section G – Déclarations et signature du preneur**, nécessiteront également la **signature du preneur**.

**A – Identification du contrat**

Contrat en vigueur		Nouveau contrat (lorsqu'il n'y a pas de numéro de contrat)	
Numéro de contrat		Nom des protections du contrat	
Preneur – personne physique		Second preneur – personne physique (s'il y a lieu)	
Prénom	Nom	Prénom	Nom
Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité		Personne autorisée à signer pour le preneur	
Nom		Prénom	Nom

**B – Compte**

Identification du compte			
Numéro de transit (5 chiffres de l'institution financière)		Numéro de l'institution financière (3 chiffres)	Numéro de compte – opérations courantes (Entrez tous les chiffres, y compris les zéros)
Nom de l'institution financière		Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

**C – Payeur**

Payeur – personne physique			
Titulaire du compte		Second titulaire du compte (Remplissez seulement lorsque 2 signatures sont requises pour un compte)	
Prénom	Nom	Prénom	Nom
Adresse (N°, rue, app.)		Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Ville	Province ou territoire
Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres
Payeur – personne morale, fiducie ou autre entité			
Nom du titulaire du compte		Adresse (N°, rue, app.)	
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres
Personne autorisée à signer pour le titulaire du compte			
Prénom		Nom	

**D – Paiements périodiques****Montant à prélever et fréquence de paiement**

<input type="checkbox"/> Mensuelle : _____ \$	<input type="checkbox"/> Annuelle : _____ \$	<input type="checkbox"/> Semestrielle : _____ \$ (ne peut pas s'appliquer à un nouveau contrat)
---	--	--

**Choix du jour de prélèvement** – Vous ne pouvez pas choisir un jour de prélèvement pour un contrat d'assurance vie universelle.

<input type="checkbox"/> Non	 Certaines conditions peuvent s'appliquer au moment où nous préleverons le montant, et ce, que vous ayez ou non choisi un jour de prélèvement. Pour en savoir plus à ce sujet, veuillez lire la section <b>Moment auquel le montant sera prélevé</b> ci-dessous.
<input type="checkbox"/> Oui – Spécifiez le jour voulu : _____ (sauf le 29, le 30 et le 31 du mois)	

**Moment auquel le montant sera prélevé****Pour un nouveau contrat**

Si aucun jour de prélèvement n'est choisi :

- Le premier prélèvement sera effectué au plus tôt 7 jours après la fin du traitement de la demande d'assurance.
- Les prélèvements suivants seront effectués à la date d'échéance indiquée à la Page des données du contrat.

Si un jour de prélèvement est choisi :

- Le premier prélèvement sera effectué le jour que vous avez choisi\*.
- Les prélèvements suivants seront effectués le jour que vous avez choisi.

\* Dans certains cas, il se peut que le premier prélèvement ne soit pas effectué le jour que vous avez choisi. Le prélèvement sera alors effectué au plus tôt 7 jours après la fin du traitement de la demande d'assurance. De plus, comme un paiement doit être effectué pour chaque mois de l'année, les premier et deuxième prélèvements pourraient être effectués à la même date ou à des dates rapprochées.

**Pour un contrat en vigueur**

Si aucun jour de prélèvement n'est choisi :

- Les prélèvements seront effectués à la date d'échéance indiquée à la Page des données du contrat\*.

\* Dans certains cas, il se peut que le premier prélèvement ne soit pas effectué à la date d'échéance indiquée à la Page des données. Le prélèvement sera alors effectué au plus tôt 7 jours après la fin du traitement de la demande de modification.

Si un jour de prélèvement est choisi :

- Les prélèvements seront effectués le jour que vous avez choisi.

**E – Paiement ponctuel****Montant à prélever**

Montant : \_\_\_\_\_ \$

**Le montant sera prélevé à l'une ou l'autre des dates suivantes, selon le cas :**

- la date du traitement de la demande; ou
- la prochaine date d'échéance indiquée à la Page des données du contrat.

**F – Accord de débits préautorisés (DPA) – Autorisation du payeur****Identification de la catégorie de DPA**

<input type="checkbox"/> <b>DPA personnel</b>	Un <b>DPA personnel</b> est un DPA tiré sur le compte d'un payeur pour effectuer le paiement de biens ou de services qui ne sont pas liés à une activité d'entreprise, comme le paiement de taxes foncières, de versements hypothécaires, de factures de services publics, etc.
<input type="checkbox"/> <b>DPA d'entreprise</b>	Un <b>DPA d'entreprise</b> est un DPA tiré sur le compte d'un payeur pour effectuer le paiement de biens ou de services liés à une activité d'entreprise ou commerciale du payeur, comme des paiements entre franchisés et franchiseurs, distributeurs et fournisseurs, marchands et fabricants, etc.

**Pour tout accord de DPA qui constate des débits préautorisés périodiques**

Cet accord de DPA concerne la **section D – Paiements périodiques**.

**Autorisation du payeur****Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)**

J'autorise Desjardins Assurances et mon institution financière à prélever de mon compte le montant indiqué à la **section D**, à la fréquence demandée. De plus, je comprends qu'il sera prélevé au jour indiqué dans cette section ou selon ce qui est prévu au paragraphe **Moment auquel le montant sera prélevé**.

Le montant qui sera prélevé peut être tantôt fixe et tantôt variable. Il est fixe lorsqu'il correspond au montant de la prime et du dépôt. Il pourra varier à la baisse dans les deux situations suivantes :

- si Desjardins Assurances doit refuser un dépôt ou en limiter le montant pour maintenir le statut d'exonération d'impôt du contrat; ou
- si Desjardins Assurances doit réduire le montant du dépôt annuel permis à la suite d'un non-respect des règles administratives liées à ce dépôt.

Toutefois, si Desjardins Assurances doit refuser un dépôt ou en limiter le montant en raison des règles fiscales liées à l'exonération d'impôt du contrat, elle pourra par la suite recommencer à prélever un montant plus élevé lorsque ces règles lui permettront de le faire, sans dépasser le montant de la prime et du dépôt.

**Pour tout autre contrat d'assurance**

J'autorise Desjardins Assurances et mon institution financière à prélever de mon compte le montant fixe indiqué à la **section D**, à la fréquence demandée.

De plus, je comprends qu'il sera prélevé au jour indiqué dans cette section ou selon ce qui est prévu au paragraphe **Moment auquel le montant sera prélevé**.

**F – Accord de débits préautorisés (DPA) – Autorisation du payeur (suite)****Pour tout accord de DPA qui constate un débit préautorisé ponctuel**

Cet accord de DPA concerne la **section E – Paiement ponctuel**. Il ne sera plus valide une fois que le prélèvement aura été effectué. Tout débit préautorisé ponctuel subséquent nécessitera un nouvel accord de DPA.

**Autorisation du payeur****Pour tout type de contrat d'assurance**

J'autorise Desjardins Assurances et mon institution financière à prélever de mon compte le montant fixe indiqué à la **section E**. Je comprends que ce montant sera prélevé à la date indiquée dans cette section.

**Pour tout type d'accord de DPA****Confirmation de l'accord de DPA**

Je comprends que cet accord de DPA constitue la confirmation prévue à l'article 16 de la Règle H1 de Paiements Canada. De plus, j'autorise Desjardins Assurances à réduire la période de 10 jours civils qui s'applique pour fournir cette confirmation. Cet accord de DPA peut donc m'avoir été fourni moins de 10 jours civils avant la date d'échéance du premier débit préautorisé.

**Renonciation**

Je renonce à recevoir :

- un avis écrit avant tout changement au montant ou à la date de tout DPA de montant fixe indiqué à la section D;
- un avis écrit précisant le montant et la date du prochain DPA de montant variable avant la date d'échéance de chacun de ces DPA.

**Changement**

J'informerai Desjardins Assurances de tout changement à cet accord de DPA au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain DPA.

**Annulation****Annulation de l'accord de DPA par le payeur**

Je peux annuler cet accord de DPA à tout moment en écrivant à Desjardins Assurances au moins 20 jours civils avant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Annulation de l'accord de DPA par Desjardins Assurances**

Desjardins Assurances peut annuler cet accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours civils au payeur.

Toutefois, Desjardins Assurances n'enverra aucun préavis avant d'annuler cet accord de DPA :

- lorsque des DPA sont refusés par l'institution financière, quelle que soit la raison du refus;
- lorsque le ou les contrats qui sont liés à cet accord sont annulés ou résiliés.

L'annulation de cet accord de DPA ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou ses contrats. Elle ne concerne que le mode de paiement.

**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 débit 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 le [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Déclaration du payeur quant à ses renseignements personnels**

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans cet accord de DPA soient divulgués à l'institution financière de Desjardins Assurances et à tout preneur du ou des contrats dont le paiement est visé par cet accord.

**Pour communiquer avec Desjardins Assurances**

Pour toute question au sujet de cet accord de DPA, y apporter un changement ou l'annuler, je peux communiquer avec Desjardins Assurances aux coordonnées suivantes :

1, Complexe Desjardins  
Montréal QC H5B 1E2  
Téléphone : 1 888 558-5525

**Signature du payeur – personne physique**

X \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte  
Date (aaaa-mm-jj)

X \_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire du compte  
(lorsque 2 signatures sont requises pour un compte)  
Date (aaaa-mm-jj)

**Signature du payeur – personne morale, fiduciaire ou autre entité**

⚠ Veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).

X \_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer pour le titulaire du compte  
Date (aaaa-mm-jj)

**G – Déclarations et signature du preneur**

 **Le preneur doit remplir et signer cette section, sauf :**

- s'il a déjà signé un autre document qui accompagne ce formulaire; ou
- si ce formulaire est seulement rempli pour un changement de compte.

**G1 - Déclarations du preneur****Pour les paiements périodiques**

**Veillez cocher la ou les raisons pour lesquelles la section D – Paiements périodiques est remplie.**

**Si vous cochez plus d'une case, indiquez le montant qui correspond à chaque modification ou remboursement.**

- Modification du montant des paiements à la suite d'un changement de fréquence **Montant : \_\_\_\_\_ \$**
- Modification du montant des dépôts (contrat d'assurance vie universelle) **Montant : \_\_\_\_\_ \$**
- Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat (adhésion ou modification aux DPA périodiques) **Montant : \_\_\_\_\_ \$**

**Déclaration**

En signant le présent formulaire :

- 1- je demande que la modification et/ou le remboursement identifiés ci-dessus soient effectués; et
- 2- j'accepte que le montant indiqué à la **section D – Paiements périodiques** soit prélevé conséquemment.

**Pour un paiement ponctuel**

**Veillez cocher la ou les raisons pour lesquelles la section E – Paiement ponctuel est remplie.**

**Si vous cochez plus d'une case, indiquez le montant qui correspond à chaque dépôt ou remboursement.**

- Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) **Montant : \_\_\_\_\_ \$**
- Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat **Montant : \_\_\_\_\_ \$**
- Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime **Montant : \_\_\_\_\_ \$**

 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.

→ Vous devez fournir les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :

**Déclaration**

En signant le présent formulaire :

- 1- je demande que le dépôt et/ou le remboursement identifiés ci-dessus soient effectués; et
- 2- j'accepte que le montant indiqué à la **section E – Paiement ponctuel** soit prélevé conséquemment.

**Pour un changement de payeur**

En signant le présent formulaire :

- 1- j'approuve le changement de payeur effectué pour mon contrat d'assurance; et
- 2- j'accepte que le montant indiqué à la **section D – Paiements périodiques** soit prélevé conséquemment.

**G2 - Signature du preneur****Preneur – personne physique**

 **S'il y a plus d'un preneur, la signature de tous les preneurs est requise.**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du preneur Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du preneur Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

**Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité**

 **Veillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).**

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)