

ECHELON™

COMPAGNIE D'ASSURANCES GÉNÉRALE

PLAN DE PAIEMENT PAR DÉBIT PRÉAUTORISÉ

COMPAGNIE D'ASSURANCE		NUMÉRO DE POLICE	
Echelon Compagnie d'Assurances Générale 500, boul. Saint-Martin Ouest, Suite 300 Laval (Québec) H7M 3Y2 Toll Free: 1-888-662-0222 Tel: 450-662-0222 Fax: 450-662-8290			
NOM COMPLET ET ADRESSE POSTALE DE L'ASSURÉ		NOM COMPLET ET ADRESSE POSTALE DU COURTIER	
DESCRIPTION			
Notre plan vous permet de payer vos primes d'assurance au moyen de prélèvements automatiques sur votre compte bancaire.			
<ul style="list-style-type: none"> - La prime minimum est de 300\$. - Prime + 5% taxe = Sous-total; Sous-total + 5% frais de financement = Montant total payable. - Un acompte de 25% du Montant total payable est exigé et doit être versé soit : <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> par un premier prélèvement dans votre compte bancaire lors de l'émission de la police <input type="checkbox"/> par un chèque visé ou un mandat libellé au nom de Echelon et/ou un chèque du courtier. - Les chèques personnels seront refusés. - Le solde est divisé sur 10 mensualités égales. - Les prélèvements seront effectués mensuellement et ce à la date d'expiration du contrat d'assurance. 			
RENSEIGNEMENTS POUR LE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (Plan de Paiement Mensuel)			
MA / NOTRE SIGNATURE CONFIRME QUE:			
J'ai été / Nous avons été informé de tous les détails et compris les termes et conditions du plan de paiement par prélèvements automatiques de mon / notre compte de banque.			
Par la présente, j'autorise / nous autorisons l'institution financière nommée ci-dessous de débiter de mon / notre compte pour tous les paiements payable à Echelon Compagnie d'Assurances Générale en paiement des primes d'assurance ainsi qu'en paiement des frais et taxes. Je comprends / Nous comprenons que mon / notre compte de banque sera débité selon un calendrier de paiement à base mensuelle qui sera acheminé à moi / nous séparément. Echelon fournira le calendrier des paiements 10 jours avant la date d'échéance du premier retrait et inclura la date de début ainsi que le montant mensuel qui sera débité.			
Je comprends / Nous comprenons que cette autorisation peut être annulé par moi / nous sur demande écrite, l'avis étant sujet à un délai de 15 jours. Je peux / Nous pouvons obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mes / nos droits d'annulation d'une autorisation de DPA, auprès d'une institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca			
Je comprends / Nous comprenons que dans les circonstances suivantes des frais de service de \$31.50 sera appliqué si :			
<ul style="list-style-type: none"> • Les fonds sont insuffisants, le compte n'est pas autorisé pour le montant ci-haut mentionné, ou le compte est en suspend ou fermé. • L'information sur le compte est erroné, les fonds ne sont pas disponibles, le paiement est arrêté, ou ne peut pas être retracé. 			
INFORMATION SUR LE COMPTE (Le compte doit fournir des privilèges de paiement par chèque)	SUCCURSALE	BANQUE	NUMÉRO DE COMPTE
			INITIALES X
SIGNATURE DU DÉTENTEUR DU COMPTE X		DATE	
SIGNATURE DU DÉTENTEUR DU COMPTE X		DATE	
Si plus d'une signature est requise sur les chèques tirés de ce compte, tous les détenteurs du compte doivent signer cette autorisation. JOIGNEZ UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE			
Soyez certain de signer et parapher à tous les endroits requis indiqués par le symbole «X»			
NOUS AVONS UN DÉLAI DE 15 JOURS POUR TOUT CHANGEMENT D'INFORMATION BANCAIRE			
Ces services sont pour usage (cochez un)		<input type="checkbox"/> Personnel	<input type="checkbox"/> Commercial
Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez 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 vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca			