

À remettre au titulaire de la police collective

Nom du titulaire de la police collective (raison sociale complète) : _____

Numéro(s) de la ou des polices collectives : _____

Numéro(s) de la ou des divisions : _____

Compte de gestion des dépenses santé Plan de remboursement des frais médicaux

Jour du retrait mensuel (choisir un jour du 1^{er} au 28) : _____

La date du premier retrait correspondra à la date d'entrée en vigueur de la police ou à la date de traitement de la proposition du nouveau groupe, selon la dernière éventualité.

Notes importantes : S'il y a un autre numéro de compte bancaire ou jour du retrait mensuel, un formulaire distinct dûment rempli est requis. Veuillez remettre à votre représentant de la Collective de la Great-West la présente entente de DPA et une formule de chèque non signée et portant la mention « NUL ».

Modalités de l'entente de DPA

Autorisation	<p>À noter : Dans le présent formulaire, toute référence à « la présente entente de DPA » comprend les modifications apportées ultérieurement à celle-ci. Dans la présente entente de DPA, toute référence à « nous », « notre » et « nos » se rapporte au titulaire de la police collective (payeur) nommé ci-dessus.</p> <p>Nous autorisons La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West) et l'institution financière désignée ci-dessus (ou toute autre institution financière que nous pourrions autoriser en tout temps) à retirer de notre compte les paiements que nous avons acceptés de faire aux termes de la ou des polices collectives indiquées ci-dessus, ou selon toute autre modalité de la présente entente de DPA, comme si nous avions nous-mêmes signé un chèque. Nous comprenons que tout changement apporté à la ou aux polices collectives, ce qui comprend, selon le cas, toute modification apportée aux montants des primes, au mode de paiement ou au montant du paiement exigé (y compris tout changement demandé à l'égard de la présente entente de DPA), ou bien toute interruption et reprise de paiements automatiques aux termes de la présente entente de DPA, pourrait entraîner l'augmentation ou la réduction du montant retiré ou qui doit être retiré de notre compte. Par conséquent, nous autorisons de telles augmentations ou réductions, et renonçons à toute exigence de préavis à leur égard.</p> <p>Nous convenons qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.</p>
Signatures	Nous attestons que toutes les personnes dont la signature est exigée pour autoriser la présente entente de DPA ont apposé leur signature ci-dessous, y compris tout titulaire d'un compte conjoint.
Changements relatifs au compte	Nous aviserons la Great-West de tout changement concernant notre institution financière, notre succursale ou notre numéro de compte. Afin que les retraits se poursuivent sans interruption, un tel avis de changement devra être effectué au moins 14 jours avant la date d'effet du changement. La Great-West peut modifier la présente autorisation selon nos directives verbales, mais elle n'y est pas obligée.
Confirmation des retraits	Nous consentons à examiner régulièrement les renseignements concernant notre compte. Si nous ne sommes pas d'accord ou que nous nous interrogeons quant au montant retiré ou quant à toute modification touchant le compte, nous en aviserons la Great-West par écrit dans les dix jours suivant le retrait ou la modification touchant le compte; autrement, nous convenons que le retrait ou la modification au compte seront réputés être en règle. Si nous avons des questions sur les retraits, nous pouvons communiquer avec la Great-West.
Renseignements sur les prélèvements sans provision	S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans notre compte pour régler le montant total exigible (« exigible » en tant que montant dû ou tout montant autrement précisé comme devant être retiré aux termes de la présente entente de DPA), nous autorisons la Great-West à faire immédiatement une seconde tentative pour prélever le montant exigible (lequel pourrait être supérieur au montant qui était exigible lors de la première tentative). Si la seconde tentative de retrait est également refusée pour cause d'insuffisance de fonds (ou si la Great-West décide, à son entière discrétion, de ne pas faire de seconde tentative), nous convenons que la Great-West pourrait suspendre et, éventuellement, annuler les paiements préautorisés. Nous comprenons qu'il nous incombera de régler les frais d'insuffisance de fonds, le cas échéant.
Cession	Par les présentes, nous renonçons à ce que la Great-West nous informe préalablement par écrit de la cession par la Great-West de la présente entente de DPA.
Révocation	La présente entente de DPA peut être révoquée si un retrait est refusé ou annulé par l'institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours que nous remettons à la Great-West ou que la Great-West nous remet. Pour obtenir un spécimen d'avis d'annulation ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente de DPA, communiquez avec votre institution financière ou visitez le site www.cdnpay.ca . Pour obtenir de plus amples renseignements sur votre entente de DPA, adressez-vous à votre représentant de la Great-West. Nous convenons que si les paiements préautorisés sont suspendus, la Great-West peut, à son entière discrétion, changer d'office le mode de paiement en fonction de tout mode de débit sans autorisation alors offert par elle. La Great-West peut, à son entière discrétion, demander une nouvelle entente de DPA écrite si la présente entente de DPA est révoquée pour quelque raison que ce soit.
Recours	Nous avons certains droits de recours s'il arrive qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente de DPA. Par exemple, nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de DPA. Pour en savoir davantage sur nos droits de recours, nous pouvons communiquer avec notre institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca .
Coordonnées	Pour obtenir de plus amples renseignements sur la présente entente de DPA, communiquez avec la Great-West en envoyant un courriel à l'adresse selectpacPAD@gw1.ca , en écrivant à La Great-West, compagnie d'assurance-vie – Gestion des versements, Collective, CP 1053, Winnipeg MB R3C 2X4, ou en composant le 1 204 946-7366.

Nom du titulaire de la police collective (raison sociale complète) : _____

Numéro(s) de la ou des polices collectives : _____

Numéro(s) de la ou des divisions : _____

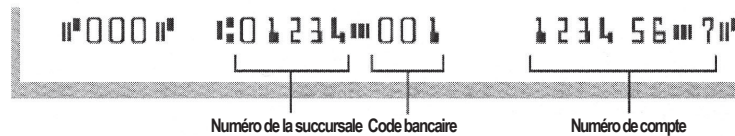
Compte de gestion des dépenses santé Plan de remboursement des frais médicaux

Jour du retrait mensuel (choisir un jour du 1^{er} au 28) : _____

La date du premier retrait correspondra à la date d'entrée en vigueur de la police ou à la date de traitement de la proposition du nouveau groupe, selon la dernière éventualité.

Nom et adresse de l'institution financière : _____

Numéro de la succursale : _____ Code bancaire : _____ Numéro de compte : _____



Notes importantes : S'il y a un autre numéro de compte bancaire ou jour du retrait mensuel, un formulaire distinct dûment rempli est requis. Veuillez remettre à votre représentant de la Collective de la Great-West la présente entente de DPA et une formule de chèque non signée et portant la mention « NUL ».

PAYEUR (veuillez taper ou écrire lisiblement)

Nom du titulaire de la police collective (raison sociale complète) : _____

Noms, titres, signatures et numéros de téléphone des signataires autorisés :

Nom du signataire autorisé : _____

Titre : _____

Signature : _____

Date : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom du signataire autorisé : _____

Titre : _____

Signature : _____

Date : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom, titre, signature et numéro de téléphone du titulaire de compte conjoint (le cas échéant) :

Nom : _____

Titre : _____

Signature : _____

Date : _____

Numéro de téléphone : _____