



**Montant variable du DPA**

Je conviens que le montant du DPA peut varier d'un mois à l'autre, en raison des rajustements administratifs calculés par iA Groupe financier, et ce, en fonction des renseignements relatifs à la gestion de la police ci-dessus spécifiée.

**Renonciation**

**J'accepte de renoncer à recevoir un avis m'informant que des changements seront apportés, à ma demande ou à la demande de iA Groupe financier, au montant (hausse ou baisse), à la date ou à la fréquence des DPA.**

**Cession**

**Je comprends que iA Groupe financier ne peut céder la présente entente sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain DPA, un avis écrit de la cession.**

**Modification ou annulation**

J'informerai iA Groupe financier, dans un délai raisonnable, de tout changement apporté à la présente entente. En cas de changement aux renseignements bancaires, j'accepte de fournir à iA Groupe financier un avis écrit au moins 10 jours avant le prochain DPA.

Je peux annuler la présente entente, à condition de faire parvenir un avis écrit à iA Groupe financier 30 jours avant le prochain DPA. Toute annulation de la présente entente n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon. Pour plus d'information sur mon droit d'annulation de l'entente, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Remboursement**

J'ai certains droits de recours si un DPA n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site [www.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

**Attestation**

J'atteste que toutes les personnes dont la signature est requise pour autoriser la présente entente ont apposé leur signature ci-dessous.

\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

Date 

A	M	J

**Si le compte requiert deux signatures :**

\_\_\_\_\_  
Nom du second titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire du compte bancaire ou du signataire autorisé

Date 

A	M	J

**COORDONNÉES DE L'INDUSTRIELLE ALLIANCE, ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.**

**Téléphone sans frais :** 1 877 422-6487  
**Télécopieur :** 1 888 780-2376  
**Courriel :** [assurancecollective@ia.ca](mailto:assurancecollective@ia.ca)

**Courrier :** Administration  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6