

**Identification de la division (remplir une autorisation par division)**

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| N° groupe               | N° division    |
| Nom de la division      |                |
| Adresse complète        |                |
| N° téléphone            | N° télécopieur |
| Nom de l'administrateur | Courriel       |

**Fréquence des prélèvements de primes d'assurance collective**

Les prélèvements de primes d'assurance collective s'effectueront **le 10<sup>e</sup> jour de chaque mois**.  
S'il s'agit d'un jour non ouvrable, le prélèvement s'effectuera le premier jour ouvrable suivant.

**Autorisation**

Je soussigné(e), autorise Groupe financier AGA Inc. (AGA assurances collectives) à prélever le montant de nos primes d'assurance collective du compte bancaire indiqué sur le spécimen de chèque ci-joint, le 10<sup>e</sup> jour de chaque mois. J'autorise l'institution financière mentionnée sur ledit chèque à traiter chaque prélèvement bancaire comme s'il avait été signé par le signataire, à débiter ledit compte du montant de nos primes d'assurance collective, lequel montant peut varier d'un mois à l'autre, et à le porter au crédit de Groupe financier AGA inc. « en fidéicommiss ». En cas de prélèvement non compatible avec la présente Autorisation, le signataire aura droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé<sup>2</sup>.

**L'option de prélèvement bancaire ne peut s'appliquer à la prime courante compte tenu des délais de traitement. La prise d'effet du prélèvement bancaire sera donc pour la prime du mois qui suit la réception du formulaire d'autorisation.**

Dans le cas où les provisions au compte seraient insuffisantes, le signataire s'engage, au nom de la division (preneur) qu'il représente, à assumer les frais inhérents à cette situation.

Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de la part du signataire à Groupe financier AGA Inc. (AGA assurances collectives).

Groupe financier AGA Inc. (AGA assurances collectives) se réserve le droit de mettre fin à l'option du prélèvement bancaire pré-autorisé en tout temps.

Nom du signataire du compte bancaire  
(en lettres moulées)

Titre

Signature du signataire du compte

Date

**IMPORTANT**

**JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE  
AVEC LA MENTION « ANNULÉ »**



<sup>1</sup> Débit préautorisé (DPA) d'entreprise

<sup>2</sup> Pour plus de détails, communiquer avec votre institution financière ou visitez le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)