

## OPTIONS DE PAIEMENT

- Un chèque au montant total** de votre facture à l'ordre de **Sogedent Assurances inc.**  
Veuillez inscrire le numéro de la facture au dos de votre chèque.

- Trois chèques** à l'ordre de **Sogedent Assurances inc.**

**1<sup>er</sup> chèque :** 1/3 de la prime à l'entrée en vigueur de la police.

**2<sup>e</sup> chèque :** 1/3 de la prime 30 jours après le premier versement.

**3<sup>e</sup> chèque :** 1/3 de la prime 60 jours après le premier versement.

Veuillez nous faire parvenir les **trois chèques postdatés** en **même temps**, avec une **copie de votre facture**.

- Prélèvements mensuels automatiques** faits par **Intact Assurance**.

*Conditions d'admissibilité*

- Vous devez remplir le formulaire « **Autorisation de prélèvement par procuration bancaire** » et y annexer un **spécimen de chèque** de votre institution bancaire portant la mention « NUL » ou « SPÉCIMEN », ainsi qu'une **copie de votre facture**.
- Les frais de gestion sur la mensualité des contrats sont :

Assurances automobile et habitation		
Prélèvements	Frais pour 12 mois	Frais pour police 18-24 mois
1 <sup>er</sup> mois	Sans frais	Sans frais
2 <sup>e</sup> mois – 3 <sup>e</sup> mois – 4 <sup>e</sup> mois	Sans frais	Sans frais
Mensuel	1,75%	1,75%

Assurances des entreprises	
Prélèvements	Frais pour 12 mois
1 <sup>er</sup> mois	Sans frais
2 <sup>e</sup> mois – 3 <sup>e</sup> mois – 4 <sup>e</sup> mois	Sans frais
Mensuel	1,75%

- Vous ne pouvez adhérer à la formule d'étalement de la prime plus de 30 jours après la date d'entrée en vigueur de la police.

- Paiement total par carte de crédit.**

Veuillez communiquer avec notre service **comptabilité** :

- Par téléphone au **(514) 282-1425** ou **1 (800) 361-3794** poste **269**
- En ligne sur **www.sogedent.qc.ca**

## Informations pour Intact Compagnie d'assurance

Nom du courtier \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré \_\_\_\_\_

Mode d'expédition des documents : À l'assuré  Au courtier *(Si différent des instructions préalablement données par le courtier.)*

N° de police(s) _____ Automobile <input type="checkbox"/> Habitation <input type="checkbox"/> Entreprises <input type="checkbox"/>	Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/> OU Modification du compte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prélèvements bancaires étalés sur la durée du contrat <input type="checkbox"/> Étalement courte durée 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> prélèvements Date souhaitée pour effectuer les <i>débits (ne doit pas excéder 15 jours de la date de prise d'effet)</i> . Modifier la date du débit de plus de 15 jours aura pour effet un débit anticipé au renouvellement. <i>Consultez votre courtier à ce sujet.</i>	Date de prise d'effet _____ Date des débits _____ <i>(Ex.. : le 12 de chaque mois)</i>
--	--	--

## Autorisation du payeur

J'autorise Intact Compagnie d'assurance (« Intact Assurance ») et l'institution financière à commencer à déduire de mon compte bancaire, selon mes instructions, des montants mensuels déterminés et/ou des prélèvements ponctuels occasionnels pour le paiement de mes primes d'assurance, taxes et frais applicables de mon/mes contrat(s) d'assurance avec Intact Assurance. **Je renonce à un délai fixe pour l'envoi d'un préavis pour changement du montant de débit et/ou de la date de débit.** J'autorise aussi Intact Assurance à débiter des frais, tel qu'ils apparaissent dans mon relevé d'assurance pour tout débit refusé ou retourné pour quelque raison que ce soit. Cette autorisation s'appliquera pour tout renouvellement de mon/mes contrat(s) d'assurance avec Intact Assurance.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'Intact Assurance ait reçu de ma part un préavis écrit de sa modification ou de sa révocation d'au moins quinze (15) jours avant la date prévue du prochain débit. Je peux obtenir un spécimen du formulaire d'annulation ou plus d'informations sur mon droit d'annuler cette autorisation en m'adressant à mon institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Intact Assurance ne peut céder cette autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins dix (10) jours de préavis écrit.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à cette autorisation. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit préautorisé qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme avec cette autorisation de débit préautorisé. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Identification du payeur *(en caractères d'imprimerie)*

Date \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Type de service Personnel  Entreprise 

Institution financière (IF) [Fournir spécimen de chèque avec mention « annulé ».]

Numéro de compte de l'IF \_\_\_\_\_ Numéro de transit de l'IF \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*(Succursale – 5 chiffres; IF – 3 chiffres)*

Adresse de l'IF \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Signature(s) autorisée(s) pour le n° de compte IF \_\_\_\_\_

INTACT COMPAGNIE D'ASSURANCE  
2450, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, QC J2S 3B3  
Téléphone : 450 773 9701