



DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE DÉPÔT DIRECT

NUMÉRO DE CONTRÔLE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sous réserve des conditions énoncées ci-dessous, j'autorise ou nous autorisons par la présente L'ÉQUITABLE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE DU CANADA (« l'Équitable ») à déposer les versements en vertu de son service de dépôt direct (ci-après nommé S.D.D.). La somme de ces versements sera créditée dans mon compte ou notre compte bancaire indiqué ci-dessous.

NOUVELLE DEMANDE <input type="checkbox"/>	NUMÉROS DE CONTRAT		
NOM DE LA PAYEUSE OU DU PAYEUR		ADRESSE DE LA BANQUE	NUMÉRO D'INSTITUTION
TYPE DE COMPTE	- COMPTE COURANT <input type="checkbox"/> - COMPTE CHÈQUES PERSONNEL <input type="checkbox"/> - COMPTE CHÈQUES D'ÉPARGNE <input type="checkbox"/>	NUMÉRO DE LA SUCCURSALE	NUMÉRO MUNICIPAL DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE
NUMÉRO DE COMPTE		VILLE ET PROVINCE	
SIGNATURE DES DÉPOSANTS			DATE

VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PERSONNALISÉ PORTANT LA MENTION « ANNULÉ » OU UN FORMULAIRE DE DÉPÔT DIRECT AUPRÈS DE VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE.

CONDITIONS

Il est entendu et convenu que :

- 1) le S.D.D. du contrat ou des contrats mentionnés ci-dessus prendra fin selon les conditions précisées dans les contrats.
- 2) la Compagnie peut mettre fin au S.D.D. moyennant un préavis écrit signifié à la payeuse ou au payeur.
- 3) le payeur reconnaît que toutes les sommes versées par la Compagnie après le décès de la rentière ou du rentier devront être retournées à la Compagnie afin que cette dernière puisse adéquatement verser les prestations de décès à la bénéficiaire ou au bénéficiaire.
- 4) Je peux ou nous pouvons changer ou mettre fin à la présente autorisation en fournissant un préavis de 10 jours d'une manière jugée acceptable par l'Assurance vie Équitable.