

DEMANDE D'ADHÉSION
ASSURANCE COLLECTIVE



Adhésion		Modification				
À l'usage d'Odyssée		Groupe		Division		Certificat
Section A : À être remplie par l'adhérent						
Date d'embauche			Date d'entrée en vigueur			
Agence immobilière						
Section B : À être remplie par l'adhérent						
Nom de famille					Prénom	
Date de naissance ____/____/____		Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Préférence linguistique		Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
Adresse						
No civique	Rue		Ville		Province	Code postal
					QC	
Contacts						
Maison			Cellulaire			Travail
Adresse courriel						
Données bancaires (joindre un spécimen de chèque non signé portant la mention "NUL")						
Nom de l'institution						
Succursale			Insérer les numéros figurant au bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant.			
Banque						
Compte						
Renseignements sur les personnes à charge						
	Nom de famille	Prénom		Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Statut **
Conjoint(e) *				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		N/A
Enfant				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Enfant				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Enfant				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Enfant				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Enfant				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
* Si conjoint(e) de fait svp indiquer la date du début de la cohabitation:		____/____/____				
** Statut des personnes à charge		E = Étudiant à temps plein dans une école reconnue		S = Spécial (incapacité physique ou mentale) avec preuve médicale		
		Moins de 25 ans et moins de 2 ans d'expérience	18 à 69 ans	70 ans et +	PRIME TOTALE (taxe incluse)	
<input type="checkbox"/>	Individuelle	99,87\$	132,67\$	167,66\$	_____ \$/mois	
<input type="checkbox"/>	Famille	249,68\$	341,53\$	411,51\$		
<input type="checkbox"/>	Monoparentale	159,79\$	212,29\$	282,27\$		
<input type="checkbox"/>	Couple	199,73\$	265,35\$	335,33\$		
NOTES:						
<p>*Moins de 25 ans et moins de 2 ans d'expérience : sans dentaire *Jusqu'à 65 ans : protection complète *65 et plus : médicament 2e payeur</p>						
Date:				Signature:		
À l'usage d'Odyssée						
Traité par:	GSC	ICOD	CAP	MV	CONF	
Date :						Rep.

**DEMANDE D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION
ASSURANCE COLLECTIVE**

Accord de débit préautorisé

Information bancaire

Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »

Caractéristiques des débits

Cet accord de débit préautorisé est un accord variable

1. J'autorise les assureurs ou leur représentant autorisé Groupe Financier Odyssee inc., à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions telles qu'indiquées dans la proposition.
2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, les assureurs ou leur représentant autorisé, prélèveront du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 45\$.
3. J'accepte que mon compte soit débité le jour de la date régulière du débit préautorisé (DPA) tel qu'indiqué dans la demande d'adhésion ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification).

Renonciation

Je renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours dans le cas d'une augmentation ou diminution du montant du débit préautorisé ou d'un changement de la date du débit.*

Annulation

Vous pouvez annuler cet accord de débit préautorisé en tout temps, à condition d'envoyer un avis écrit de 10 jours à Groupe Financier Odyssee. Contactez votre institution financière à propos de vos droits concernant l'annulation d'un DPA. (Un formulaire d'annulation standard est disponible à www.cdnpay.ca.)

Mode de paiement

L'annulation de cet accord de débit préautorisé n'affectera en aucune façon l'accord en vigueur entre vous et Groupe Financier Odyssee inc. pourvu que le paiement soit soumis d'une autre manière.

Recours et remboursement

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

Droits exclusifs

Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.

*** Les assureurs n'augmenteront pas votre débit préautorisé et ne changeront pas votre date de débit après l'entrée en vigueur de votre contrat.**

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Les assureurs constitueront un dossier d'assurance et de rente dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ou de rente ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui seront responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier.

Votre dossier sera conservé dans les bureaux de l'entreprise à Montréal.

Nous convenons qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente de DPA est aussi valide que l'original.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande par courriel à l'adresse suivante : info@odysseedirect.com.

Note

X

Signature de l'adhérent

Date