

Titulaire(s) et coordonnées du compte à débiter

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------------------------|
| Nom et prénom du (des) titulaire(s) | | | |
| Nom de l'institution financière où est détenu le compte à débiter | N° de l'institution | N° de transit | N° de compte (avec chiffre vérificateur) |

Titulaire(s) et coordonnées du compte à créditer (si applicable)

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|---------------------------------------------|
| Nom et prénom du (des) titulaire(s) | | | |
| Nom de l'institution financière où est détenu le compte à créditer | N° de l'institution | N° de transit | N° de compte (avec chiffre vérificateur) |

Coordonnées de la caisse bénéficiaire

| | | | |
|--------------------------------|--|----------------------|-----------------------|
| Nom de la caisse | | Transit de la caisse | |
| Adresse (rue, ville, province) | | Code postal | Téléphone (ind. rég.) |

Autorisation de retrait

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise la caisse identifiée précédemment à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée ci-dessus, à la fréquence suivante :

hebdomadaire aux deux semaines bimensuelle mensuelle
 autre (préciser la mesure ou l'événement qui définit la fréquence) : _____

Chaque retrait correspondra :

à un montant variable.
 à un montant fixe de _____ \$, lequel pourra être modifié sans autre autorisation de ma part pour le produit ou service suivant : _____ le tout constituant un DPA personnel/particulier d'entreprise.

Renonciation :

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.

Changement ou annulation :

J'informerai la caisse, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 5 jours ouvrables avant la date du prochain DPA. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse **www.cdnpay.ca**. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à la caisse équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **www.cdnpay.ca**.

L'institution financière me remboursera, au nom de la caisse, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un **DPA personnel** et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un **DPA d'entreprise**, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre la caisse et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires du compte à débiter

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| _____ Signature du titulaire du compte | _____ Date (jj/mm/aaaa) |
| _____ Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises) | _____ Date (jj/mm/aaaa) |

IMPORTANT: Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser la caisse.