

Demande de paiement préautorisé

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____

Nom de la personne-ressource
(en caractères d'imprimerie) _____
Prénom Initialle Nom

Adresse _____
Ville Province Code postal

J'autorise, par la présente, le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à prélever le paiement des primes mensuelles.

J'autorise, par la présente, le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à prélever un montant sur le compte bancaire indiqué ci-dessous le 1^{er} jour du mois. **Vous trouverez ci-joint un spécimen de chèque portant la mention « ANNULÉ »** contenant les renseignements bancaires nécessaires. Le montant mensuel prélevé constitue la prime d'assurance collective. Le montant peut varier, et je recevrai par la poste un avis du prélèvement environ trois jours ouvrables avant le premier jour du mois. Je ne recevrai toutefois pas d'avis pour les mois ultérieurs si le montant ne change pas.

Je comprends que la présente entente contractuelle (entente) peut être révoquée en tout temps moyennant un préavis écrit de 30 jours. Je comprends que j'ai certains droits de recours si le montant prélevé ne correspond pas à celui indiqué dans l'entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout montant qui a été prélevé sans autorisation ou qui ne respecte pas les conditions de l'entente. Je comprends également que je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annulation de la présente entente ou sur mes droits de recours en communiquant avec mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

INFORMATIONS BANCAIRES

Nom de l'institution financière _____

Numéro de la succursale _____ Numéro de l'institution financière _____ Numéro de compte _____

Adresse de la succursale _____

Signataire autorisé _____ Date _____

Vous devez avoir le droit de tirer des chèques sur ce compte bancaire.