

Veillez lire et remplir le formulaire Accord de débits préautorisés ci-dessous

Par la présente, j'autorise/nous autorisons Benecaid Health Benefits Solutions Inc. et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je peux/nous pouvons désigner de temps à autre) à porter au débit de mon/notre compte, selon mes/nos instructions, des montants périodiques et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le paiement de tous les frais applicables relativement à mon/notre compte régime des prestations de Benecaid. Des paiements mensuels réguliers seront prélevés du compte désigné le 1^e (premier) jour de chaque mois jusqu'à concurrence du montant total des services fournis. Benecaid Health Benefits Solutions Inc. fournira un préavis écrit de cinq (5) jours du montant mensuel régulier à porter au débit de mon/notre compte. Benecaid Health Benefits Solutions Inc. s'engage à obtenir mon/notre autorisation pour tout autre débit ponctuel ou occasionnel.

La présente autorisation demeurera en vigueur jusqu'à la réception par Benecaid Health Benefits Solutions Inc. de mon/notre avis écrit signalant sa modification ou son annulation. Ledit avis doit parvenir à l'adresse indiquée ci-dessous au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit. Je peux/Nous pouvons obtenir un spécimen du formulaire d'annulation ou obtenir plus d'information sur mon/notre droit d'annuler un DPA en communiquant avec mon/notre institution financière ou en visitant le site Internet www.cdnpay.ca.

Benecaid Health Benefits Solutions Inc. ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement sans me/nous fournir un préavis écrit d'au moins dix (10) jours.

J'ai/Nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai/nous avons 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 un formulaire de demande de remboursement ou de plus amples renseignements sur mes/nos droits, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

DATE : _____

Catégorie de DPA : ENTREPRISE

N° groupe Benecaid (clients existants) : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse municipale de l'entreprise: _____ # d'unité _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Institution financière désignée : _____

Code de l'IF : _____ Domiciliation : _____ Compte : _____
(3 chiffres) (5 chiffres)

Nom du/des signataire(s) autorisé(s) : _____

Signature(s) autorisée(s) : _____

VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE ANNULÉ
