

**AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT /
DEMANDE D'INSCRIPTION AU MODE
PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE**

Veuillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

Nom complet de la personne assurée _____

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS APPROPRIÉES POUR MODIFIER VOS INFORMATIONS CONCERNANT L'INSTITUTION FINANCIÈRE

AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Remplissez la présente autorisation en indiquant le compte bancaire dans lequel vous désirez que nous versions directement les prestations de Johnston Group inc. Le compte que vous choisissez doit comporter des privilèges de chèque. **Faites-nous parvenir le formulaire dûment rempli accompagné d'un chèque spécimen portant la mention « NUL ». Sans le chèque spécimen, nous n'aurons pas les informations bancaires dont nous avons besoin pour effectuer les virements automatiques en votre nom.**

Informations concernant l'institution financière

Numéro du compte _____ Numéro de transit _____

Nom de l'institution financière _____

Adresse de l'institution financière _____

Signataire autorisé _____ Date _____

J'autorise, par la présente, Johnston Group inc. à déposer les prestations qui me sont payables dans le compte bancaire que j'ai choisi. Cette autorisation peut être annulée en tout temps en envoyant un avis écrit au Centre de service. **Vous trouverez ci-joint un chèque spécimen portant la mention « NUL » afin que vous puissiez avoir les informations bancaires nécessaires pour effectuer les virements automatiques.** Je comprends que Johnston Group inc. me fera parvenir un relevé des prestations expliquant comment chaque montant déposé a été calculé.

DEMANDE D'INSCRIPTION AU MODE PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Informations concernant l'institution financière

Numéro du compte _____ Numéro de transit _____

Nom de l'institution financière _____

Adresse de l'institution financière _____

Signataire autorisé _____ Date _____

LE COMPTE QUE VOUS CHOISISSEZ DOIT COMPORTER DES PRIVILÈGES DE CHÈQUE.

J'autorise, par la présente, Johnston Group inc. à effectuer des retraits pour le paiement de primes mensuelles. J'autorise, par la présente, Johnston Group inc. à débiter le compte bancaire indiqué ci-dessus le 1^{er} jour de chaque mois. **Un chèque spécimen portant la mention « NUL », comportant les renseignements bancaires nécessaires, est annexé à la présente.** Le débit mensuel sert au paiement de la prime d'assurance collective. Le montant peut varier, et je recevrai par la poste un avis du débit 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. Il est entendu que la présente entente peut être révoquée en tout temps moyennant un préavis écrit de 30 jours. En outre, je dispose de certains recours si un débit ne correspond pas à celui indiqué dans la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de toucher un remboursement de tout montant ayant été débité sans autorisation ou qui ne respecte pas les conditions de la présente entente. Il est également entendu que je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annulation de la présente entente ou sur les recours dont je dispose en communiquant avec mon institution financière ou en visitant le site Web www.cdnpay.ca.

Signature de la personne assurée _____ Date _____