

**DEMANDE DE
PAIEMENT PRÉAUTORISÉ**Veuillez inscrire vos numéros
de police et de certificat

N° de police

N° de certificat

Veuillez écrire en lettres moulées.

Nom complet du participant _____
Prénom Initial Nom

Adresse _____

Ville

Province

Code postal

J'autorise, par la présente, Johnston Group à prélever le paiement des primes mensuelles.

J'autorise, par la présente, Johnston Group à prélever un montant sur le compte bancaire indiqué ci-dessous le 1^{er} jour du mois. **Vous trouverez ci-joint un chèque spécimen 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 convention peut être révoquée n'importe quand moyennant un préavis écrit de 30 jours. Je comprends que j'ai certains droits de recours si le montant prélevé ne correspond à celui indiqué dans la convention. 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 la convention. Je comprends également que je peux obtenir de plus amples renseignements sur mon droit d'annulation de la présente convention ou sur mes droits de recours en communiquant avec mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

Signature du participant _____ Date _____

Renseignements sur le compte bancaire

N° du compte _____ N° de transit _____

Nom de la banque _____

Adresse de la banque _____

Signataire autorisé _____ Date _____

Vous devez avoir le droit de tirer des chèques sur ce compte bancaire.**CENTRE DE SERVICE, 1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4
1 888 558-7609 • info@johnstongroup.ca**