



## AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT / Veuille d'en 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·e	Date		
annulée en tout temps en envoyant un avis écrit au Centre de service. Vous tro	e sont payables dans le compte bancaire que j'ai choisi. Cette autorisation peut être puverez ci-joint un chèque spécimen portant la mention « NUL » afin que vous irements automatiques. Je comprends que Johnston Group inc. me fera parvenir un ılé.		
☐ DEMANDE D'INSCRIPTION AU MODE PAIE	EMENT 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 e	Date		
LE COMPTE QUE VOUS CHOISISSEZ DOIT COMPORTER DES PRIVILÈGES	DE CHÈQUE.		
le compte bancaire indiqué ci-dessus le 1° jour de chaque mois. <b>Un chèque spe nécessaires, est annexé à la présente.</b> Le débit mensuel sert au paiement de avis du débit environ trois jours ouvrables avant le premier jour du mois. Je ne le st entendu que la présente entente peut être révoquée en tout temps moyenn	paiement de primes mensuelles. J'autorise, par la présente, Johnston Group inc. à débiter écimen portant la mention « NUL », comportant les renseignements bancaires la prime d'assurance collective. Le montant peut varier, et je recevrai par la poste un recevrai toutefois pas d'avis pour les mois ultérieurs si le montant ne change pas. Il pant un préavis écrit de 30 jours. En outre, je dispose de certains recours si un débit ne bit 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.paiements.ca.

CENTRE DE SERVICE NATIONAL

Signature de la personne assurée \_

1051, rue King Edward, Winnipeg (Manitoba) R3H OR4 • 1 888 558-7609 • jgretiree@johnstongroup.ca

