**ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ**

**ACCORD de DPA DU PAYEUR**

**NO employé :**

**Titulaire(s) et coordonnées du compte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du (des) titulaire(s)** | **N° de téléphone** |
|       |       |
| **Adresse (rue, ville, province)** | **Code postal** |
|       |       |
| **Nom de l'institution financière où est détenu le compte** | **N°****d’ institution** | **N° de transit** | **N° de compte**(avec chiffre vérificateur) |
|       |       |       |       |

**CISSS des Laurentides**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse (rue, ville, province)** | **Code postal** |
|       |       |
| **A/S ou adresse courriel** | **N° de téléphone** |
|       |       |

**Entente de remboursement – Information de contact**

**Autorisation de retrait**

Je, soussigné(e), autorise le CISSS des Laurentides à effectuer des débits préautorisés (DPA) de mon compte bancaire indiqué ci-haut, à la fréquence suivante :

[ ]  Mensuelle

[ ]  Autre (préciser la mesure ou l’événement qui définit la fréquence) :

**Raison du prélèvement**

[ ]  Paiement de la couverture d’assurances collectives et de la cotisation syndicale (FIQ seulement) durant une période d’absence sans salaire

[ ]  Autres (spécifiez) : Récupération pour le régime de retraite 2022

**Montant préautorisé**

[ ]  J’autorise le CISSS des Laurentides à prélever toute somme due concernant des arrérages, le 20e jour du mois (ou approximativement).

*Le montant prélevé correspondra à l’arrérage apparaissant au relevé de paie, car votre relevé constitue votre état de compte. (Le prélèvement sera fait si le montant d’arrérage est d’un minimum de 10 $).*

*\*\* Le montant du prélèvement peut être ajusté en fonction du changement de tarif de l’assureur, si l’employé fait une demande de modification à son régime d’assurance ou si l’employé a reçu une rémunération durant la période de paie.*

[ ]  **J’accuse réception d’une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.**

**Changement ou annulation :**

J'informerai l'organisme bénéficiaire, dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d’un préavis de 10 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d’annulation ou pour plus d’information sur mon droit d’annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l’Association canadienne des paiements à l’adresse www.cdnpay.ca. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessus ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation au CISSS des Laurentides équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

**Remboursement**

J’ai certains droits de recours si un débit n’est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j’ai 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 plus d’information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre le CISSS et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

**Consentement à la communication de renseignements**

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

**Signature du ou des titulaires**

**IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser rapidement le CISSS des Laurentides.**

|  |
| --- |
|        Signature du titulaire du compte Date (jj/mm/aaaa)  |
|        Signature du Second titulaire Date (jj/mm/aaaa)(s'il s'agit d'un pour lequel deux signatures sont requises)  |