

## Convention d'autorisation de prélèvement automatique

Renseignements sur le client <i>(veuillez écrire lisiblement)</i>	
Nom au complet :	
Nom de l'entreprise :	
Numéro de compte de facturation/code client :	
Adresse postale :	
Ville :	Province :
Code postal :	N° de téléphone :
Ces services sont destinés à un usage : <i>(veuillez cocher une case)</i> Personnel <input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/>	

Détail de l'autorisation de prélèvement automatique <i>(veuillez écrire lisiblement)</i>	
Institution financière :	
Adresse de la succursale :	
Ville :	Province :
Code postal :	N° de téléphone :
Numéro d'institution financière : <i>(3 chiffres)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numéro transitaire : <i>(5 chiffres)</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numéro de compte :	
<b><i>Veuillez joindre un chèque portant la mention « ANNULÉ » sur lequel figure votre numéro de compte micro-encodé au bas du chèque.</i></b>	

J'autorise/nous autorisons Morneau Shepell à commencer le prélèvement des paiements mensuels et répétitifs, ou les paiements uniques au besoin, de tous les frais découlant de mes/nos comptes de Morneau Shepell. Le montant total du paiement mensuel figurant sur le relevé des primes mensuelles sera prélevé du compte indiqué le quatrième jour de chaque mois. Morneau Shepell obtiendra mon/notre autorisation pour tout autre prélèvement unique ou sporadique.

**Assurez-vous que votre institution financière est informée à l'avance du prélèvement des paiements mensuels et répétitifs. Bon nombre d'institutions exigent que vous les avisiez avant le premier prélèvement afin d'éviter de rejeter un paiement si elles soupçonnent de faux frais.**

Je conviens/nous convenons que je devrai/nous devrons assumer tous frais de découvert si le paiement est refusé pour quelque raison que ce soit. J'informerai/nous informerons Morneau Shepell, dans les plus brefs délais et par écrit, si le compte est transféré d'une institution financière ou d'une succursale à une autre ou si un changement touchant le compte se produit.

J'ai/nous avons le droit d'annuler la présente Convention d'autorisation en tout temps en envoyant un avis à Morneau Shepell, à l'adresse indiquée ci-dessous, au moins trente (30) jours avant le prochain prélèvement prévu. Il est entendu que l'annulation de la présente autorisation ne signifie pas la fin de mes/nos obligations contractuelles envers l'entreprise. Pour obtenir plus d'information sur le droit d'annuler une convention d'autorisation de prélèvement automatique ou un modèle de formulaire d'annulation, je peux/nous pouvons visiter le site de l'Association canadienne des paiements, à [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Je suis autorisé/nous sommes autorisés à signer pour le compte susmentionné.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signataire(s) autorisé(s)

\_\_\_\_\_

Nom(s) (veuillez écrire en lettres moulées)

J'ai/nous avons certains droits de recours dans le cas où un prélèvement ne serait pas conforme à la présente convention. Par exemple, j'ai/nous avons droit au remboursement de tout prélèvement non autorisé ou qui ne respecte pas la présente Convention d'autorisation de prélèvement automatique. Pour obtenir plus de renseignements sur les recours possibles, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter le site Web de l'Association canadienne des paiements, à [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

**Envoyez votre formulaire dûment rempli par télécopieur à :**  
**Centre de service à la clientèle**  
**Télécopieur : 1 877 464-0109**

**Formulaire d'autorisation de prélèvement automatique**

---

À : **Morneau Shepell Itée**

Nom du client : \_\_\_\_\_ Code de client : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Pour autoriser au préalable le paiement des primes par VISA ou MasterCard, veuillez fournir les renseignements suivants :**

Titulaire de la carte : \_\_\_\_\_

Type de carte (encercler) : Visa / MasterCard

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nous, le client susmentionné, autorisons l'entreprise à débiter notre compte Visa ou MasterCard indiqué ci-dessus, le premier jour de chaque mois et jusqu'à nouvel ordre, du montant indiqué sur le relevé de facturation des primes mensuelles pour les paiements à être faits à l'entreprise.

**Assurez-vous que votre institution financière est informée à l'avance du prélèvement des paiements mensuels et répétitifs. Bon nombre d'institutions exigent que vous les avisiez avant le premier prélèvement afin d'éviter de rejeter un paiement si elles soupçonnent de faux frais.**

**Je conviens/nous convenons que je devrai/nous devons assumer tous frais de découvert si le paiement est refusé pour quelque raison que ce soit.**

J'informerai/nous informerons l'entreprise, dans les plus brefs délais et par écrit, si le numéro ou la date d'expiration du compte Visa ou MasterCard change.

Je peux/nous pouvons annuler la présente autorisation en tout temps au moyen d'un avis écrit envoyé à l'entreprise. Il est entendu que l'annulation de la présente autorisation ne signifie pas la fin de mes/nos obligations contractuelles envers l'entreprise.

Je suis autorisé/nous sommes autorisés à signer pour le compte susmentionné.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signataire autorisé

**Envoyez votre formulaire dûment rempli par télécopieur à :**

**Centre de service à la clientèle  
Télécopieur : 1 877 464-0109**