

Procédure à suivre pour le Paiement préautorisé (PPA)

Procédure:

1. Imprimez le présent document (4 pages en tout).
2. À la page 2, dans la section "Renseignements sur le payeur", inscrivez vos informations personnelles.
3. À la page 2, dans la section "Établissement financier et renseignements bancaires du payeur", inscrivez les informations de votre compte de banque.
4. À la page 3, lire et signer au bas de la page.
5. À la page 4, lire et indiquez le nom du titulaire du compte, signez votre nom et indiquez la date.
6. Joignez un spécimen de chèque et faxez le tout au 819-340-1995.
7. Merci.



2885 Hertel
Sherbrooke, Québec
J1L 1Y3
Tel: (819)340-1911
Fax: (819)340-1995
info@viptel.ca

Annexe B
ACCORD DE DPA DU PAYEUR
Programme de débits préautorisés personnels
Autorisation de débits directs d'un compte du payeur, en faveur du bénéficiaire

Instructions :

1. Veuillez remplir toutes les sections afin de donner instruction à votre établissement financier de faire des paiements par des prélèvements directement à votre compte.
2. Veuillez signer les Modalités au verso du présent document.
3. Retournez le formulaire rempli, accompagné d'un chèque portant la mention « NUL », au bénéficiaire, à l'adresse indiquée ci-après.
4. N'hésitez pas à vous adresser au bénéficiaire si vous avez des questions.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAYEUR *(veuillez taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

| | |
|-------------------------------|--------|
| Nom du ou des payeurs : | |
| Adresse : | |
| N° de téléphone : | |
| Signature du ou des payeurs : | Date : |

ÉTABLISSEMENT FINANCIER ET RENSEIGNEMENTS BANCAIRES DU PAYEUR *(Veuillez taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

| | | |
|---|--------------------|------------------|
| Numéro de succursale | N° d'établissement | Numéro de compte |
| | | |
| Dénomination de l'établissement financier | | |
| Succursale | | |
| Adresse de la succursale | | |
| Ville (province) | Code postal | |

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE *(Veuillez taper ou inscrire lisiblement en caractères d'imprimerie)*

| |
|--|
| Nom du ou des bénéficiaires : VIPtel (9179-8322 Québec inc.) |
| Adresse : 2885 Hertel - Sherbrooke - Québec - J1L 1Y3 |
| N° de téléphone : 819-340-1911 |

ACCORD DE DPA DU PAYEUR
Programme de débits préautorisés personnels
Modalités

1. Dans le présent accord, les expressions « je, me, mon, mes » désignent chaque titulaire de compte qui signe ci-après.
2. Je conviens de participer au programme de débits préautorisés à des fins personnelles, domestiques ou de consommation et autorise le bénéficiaire indiqué au verso des présentes, ainsi que ses successeurs et cessionnaires éventuels à débiter, sous forme papier, électronique ou autre, pour le paiement de produits ou de services de consommation (le « DPA personnel »), mon compte indiqué au verso des présentes (le « compte »), qui se trouve à l'établissement financier indiqué au verso des présentes (l'« établissement financier »), et autorise l'établissement financier à payer les débits en question. J'accepte le présent accord et donne mon autorisation au profit du bénéficiaire et de mon établissement financier, en contrepartie de l'accord de l'établissement financier de traiter les débits sur mon compte, conformément aux Règles de l'Association canadienne des paiements. Je reconnais être lié par les directives que je transmets de procéder à un DPA personnel ainsi que par les DPA personnels exécutés conformément au présent accord comme si ceux-ci portaient ma signature et, dans le cas de papiers, comme s'il s'agissait de chèques portant ma signature.
3. Je peux révoquer ou annuler le présent accord à n'importe quel moment, moyennant un avis écrit ou verbal. Je reconnais que la révocation ou l'annulation de l'autorisation donnée au présent accord est subordonnée à la remise d'un avis de révocation ou d'annulation au bénéficiaire. Le présent accord s'applique uniquement au mode de paiement, et je reconnais que la révocation ou l'annulation du présent accord ne met pas fin aux ententes que j'ai conclues avec le bénéficiaire et n'ont pas d'autres répercussions sur ces ententes.
4. Je conviens que mon établissement financier n'est pas tenu de vérifier la conformité des DPA personnels au présent accord, y compris le montant et la fréquence des DPA personnels et le respect des autres objectifs de ceux-ci.
5. Je conviens que la remise du présent accord au bénéficiaire constitue une remise, de ma part, à mon établissement financier. Je conviens que le bénéficiaire peut remettre le présent accord à son propre établissement financier et accepte la divulgation de renseignements personnels que contient le présent accord à cet établissement financier.

Supprimer 6(a)
ou 6(b) selon le
cas.

6. (a) Je reconnais ce qui suit :
 - (i) quant aux DPA personnels de montant fixe, qui interviennent à intervalle fixe, le bénéficiaire doit me transmettre un préavis écrit qui indique le montant à porter au débit du compte et la ou les dates du débit, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance du premier DPA personnel, chaque fois que se produit un changement du montant ou de la ou des dates de paiement;
 - (ii) quant aux DPA personnels de montant variable, qui interviennent à intervalle fixe, le bénéficiaire doit me transmettre un préavis écrit qui indique le montant à porter au débit du compte et la ou les dates du débit, au moins dix (10) jours civils avant la date d'échéance de chaque DPA personnel;
 - (iii) quant aux DPA personnels de montant fixe et variable, qui interviennent à intervalle fixe, aucun préavis de changement n'est nécessaire lorsque le programme de DPA personnel prévoit un changement du montant de ces DPA fixes et variables par suite d'une intervention directe de ma part (y compris, notamment, des instructions téléphoniques), par laquelle je demande au bénéficiaire de modifier le montant du DPA.

OU

- (b) Je conviens soit de renoncer aux exigences relatives au préavis énoncées au paragraphe 6(a) du présent accord, soit de respecter les modifications apportées aux exigences relatives au préavis dont je conviens avec le bénéficiaire.

Si le payeur
accepte de
renoncer au
préavis, il doit
apposer sa
signature à
l'endroit indiqué.

X

Signature du payeur

7. Je conviens qu'en ce qui a trait aux DPA personnels, lorsque la fréquence de paiement est sporadique, un mot de passe, un code secret ou un autre équivalent de signature qui constitue une autorisation valide de débit de mon compte, pour le bénéficiaire ou son mandataire, doit être transmis.
8. Je peux contester un DPA personnel en transmettant une déclaration signée à mon établissement financier, dans les cas suivants :
- (a) les DPA personnels n'ont pas été effectués conformément au présent accord;
 - (b) le présent accord a été révoqué ou annulé;
 - (c) je n'ai pas reçu le préavis exigé par le paragraphe 6(b) et n'y ai pas renoncé.
- Je reconnais que, pour obtenir de mon établissement financier le remboursement du montant du DPA personnel contesté, je dois signer une déclaration selon laquelle l'événement indiqué au paragraphe (a), (b) ou (c) qui précède s'est produit, et la présenter à mon établissement financier au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours civils après que le DPA personnel contesté a été reporté à mon compte. Après l'expiration de ce délai, je reconnais que je dois m'adresser exclusivement au bénéficiaire pour régler les différends relatifs aux DPA personnels et que mon établissement financier n'a aucune obligation envers eux pour ce qui est des DPA en question.
9. J'atteste que tous les renseignements que j'ai transmis concernant le compte sont exacts et je m'engage à informer par écrit le bénéficiaire si des changements surviennent quant aux renseignements sur le compte fournis aux termes du présent accord, au moins dix (10) jours ouvrables avant la fin de la prochaine date d'échéance d'un DPA personnel. Si un tel changement se produit, le présent accord continue à s'appliquer quant au nouveau compte qui doit servir aux DPA personnels.
10. Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé le présent accord ci-après. De plus, je garantis, s'il y a lieu, que je suis autorisé à m'engager, par le présent accord, par signature électronique sécurisée, et que ma signature électronique sécurisée est conforme aux exigences de la Règle H1.
11. Je comprends et accepte les modalités qui précèdent.
12. Je conviens de me conformer aux Règles de l'Association canadienne des paiements ou aux autres règles ou règlements qui peuvent avoir une incidence sur les services mentionnés aux présentes, qui peuvent être adoptés ultérieurement ou sont actuellement en vigueur, et je m'engage à signer les autres documents que peut exiger l'Association canadienne des paiements relativement aux services mentionnés aux présentes.

| | | |
|----------------------------|----------------|------|
| Nom du titulaire de compte | X Signature | Date |
|----------------------------|----------------|------|

| | | |
|----------------------------|-----------|------|
| Nom du titulaire de compte | Signature | Date |
|----------------------------|-----------|------|