

## FORMULAIRE D'AUTORISATION AUX PAIEMENTS PRÉAUTORISÉS

Direction des ressources financières

Pour le paiement des primes d'assurances collectives et les cotisations au régime de retraite lors d'une période de paie sans rémunération

### Bénéficiaire

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 4675 rue Bélanger Est, Montréal QC H1T 1C2

### Identification du payeur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_

### Modalités

Le PPA s'effectuera à partir du compte bancaire dans lequel la paie est déposée, tous les 14 jours, à la date normalement prévue du dépôt de la paie.

Les effets qui pourraient être débités par erreur seront remboursés dans un délai maximal de 10 jours.

### Autorisation de paiements préautorisés

- **Je garantis** que je suis le détenteur du compte bancaire ci-haut mentionné et que je suis donc en mesure de signer l'accord ci-après.
- **J'autorise** par la présente, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à tirer des effets sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière selon le calendrier normal de paie. Les montants totaux prélevés sont équivalents aux montants dus.
- **Je reconnais** que le fait de remettre la présente autorisation au bénéficiaire équivaut à la remettre à mon institution financière.
- **Je m'engage** à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement affectant mon compte bancaire.
- **Je m'engage** à maintenir les fonds nécessaires au paiement des primes d'assurances collectives et des cotisations au régime de retraite.  
À défaut, l'employeur se réserve le droit de mettre un terme à l'un ou l'autre selon les dispositions en vigueur.
- **Je reconnais** que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation du payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.
- **Je reconnais** que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été émis par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis sur mon compte.
- **Je reconnais** que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire et de mon institution financière en contrepartie de l'accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux règles de l'Association canadienne des paiements.

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature de l'employé