



Groupe Maskatel Québec S.E.C

C.P. 93017, Succ. des Galeries
Saint-Hyacinthe, QC, J2S 0H4

Sans frais : 1 877 627-5283

Télec. : 450 250-5000

Courriel : activationppa@maskatel.qc.ca

Site web : maskatel.ca

ACCORD DE PAIEMENT PRÉAUTORISÉ (PPA)

Afin de pouvoir bénéficier du régime de paiements préautorisés offert par Groupe Maskatel Québec S.E.C., nous vous demandons de bien vouloir remplir la convention de paiement préautorisée suivante. Veillez fournir un spécimen de chèque pour les prélèvements bancaires.

Coordonnées du Client

Prénom	Nom (Nom de la compagnie)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
		/ /

Adresse	Ville

Code postal	Téléphone	Cellulaire
	()	()

Mode de paiement	Nom de l'institution financière	Numéro de l'institution financière	Numéro de transit	Numéro de compte (avec chiffre vérificateur)
Bancaire :				

1. Type d'utilisation

- Personne
 Entreprise

2. AUTORISATION DE PORTER UN PAIEMENT AU COMPTE

2.1. Fréquence

Je, soussigné, autorise Groupe Maskatel Québec S.E.C. à effectuer des paiements préautorisés dans le compte indiqué ci-dessus à une fréquence mensuelle.

2.2. Montant du prélèvement

Chaque retrait correspondra au montant total inscrit sur la facture mensuelle que Groupe Maskatel Québec S.E.C. me transmettra au moins 10 jours avant la date d'échéance pour tous les services souscrits et les services payables à l'utilisation.

3. ANNULATION

Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, sur signification d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de PPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à

l'adresse www.cdnpay.ca.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet par courriel à activationppa@maskatel.qc.ca ou par la poste au C.P. 93017, Succ. des Galeries, Saint-Hyacinthe QC J2S 0H4 en utilisant le formulaire disponible sur le site web de Groupe Maskatel Québec S.E.C à l'adresse suivante : <https://maskatel.ca/services-residentiels/soutien/ajout-modification-de-service/>

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 à Groupe Maskatel Québec S.E.C. équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessus.

4. REMBOURSEMENT (PPA PERSONNEL)

J'ai certains droits de recours si un paiement n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout PPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de PPA. 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 Groupe Maskatel Québec S.E.C., les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un PPA personnel et dans les 10 jours ouvrables du retrait pour un PPA d'entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible et conforme au contrat de service.

Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet par courriel à activationppa@maskatel.qc.ca ou par la poste au C.P. 93017, Succ. des Galeries, Saint-Hyacinthe QC J2S 0H4 en utilisant le formulaire disponible sur le site web de Groupe Maskatel Québec S.E.C. à l'adresse suivante : <https://maskatel.ca/services-residentiels/soutien/ajout-modification-de-service/>

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

5. DIVULGATION D'INFORMATION PERSONNELLE

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au paiement préautorisé soient communiqués à mon 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 paiements préautorisés.

Signature du titulaire du compte (pour autoriser le PPA)

X

SIGNÉ LE :

À : _____

Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

X

SIGNÉ LE :

/ /

À :