

Please complete the Pre-authorized Debit (PAD) Plan agreement below.

I/we authorize Medavie Blue Cross and the financial institution designated (or any other financial institution I/we may authorize at any time) to begin deductions as per my/our instructions for recurring payments and/or one-time payments, from time to time, for payment of insurance premiums. Regular monthly payments for the full amount of services delivered will be debited to my/our specified account on the first business day of every month. Medavie Blue Cross will not provide pre-notification but will provide a monthly premium statement indicating the amount of each regular debit. Medavie Blue Cross will obtain my/our authorization for any other one-time or sporadic debits. Medavie Blue Cross requires written notification of any changes to banking information.

This authority is to remain in effect until Medavie Blue Cross has received written notification from me/us of its change or termination. This notification must be received at least ten (10) business days before the next debit is scheduled. This notification must be sent to the Billing Department of Medavie Blue Cross. I/we may obtain a sample cancellation form or more information on my/our right to cancel a PAD Agreement at my/our financial institution or by visiting www.cdnpay.ca.

I/we have certain recourse rights if any debit does not comply with this agreement. For example, I/we have the right to receive reimbursement for any PAD that is not authorized or is not consistent with this PAD Agreement. To obtain a form for a Reimbursement Claim, or for more information on my/our recourse rights, I/we may contact my/our financial institution or visit www.cdnpay.ca.

PLEASE PRINT

DATE: _____

Name(s): _____

Medavie Blue Cross Policy and Section Number(s): _____

Type of Service: Personal Business

Address: _____

City/Town: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Telephone Number: (Business): _____ (Residence): _____

Please attach a void cheque

Financial Institution (FI): _____

FI Account Number: _____ FI Transit Number: _____
(branch - 5 digits; FI - 3 digits)

Address: _____

City/Town: _____ Province: _____ Postal Code: _____

Authorized Signature(s): _____

Veillez remplir l'entente suivante relative aux prélèvements automatiques :

J'autorise (Nous autorisons) Croix Bleue Medavie et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais (nous pourrions) autoriser en tout temps) à commencer le prélèvement, selon mes (nos) instructions, des versements périodiques ou des versements uniques occasionnels pour le paiement des primes d'assurance. Des paiements mensuels réguliers au montant équivalant aux services rendus complets seront prélevés du compte que j'ai précisé (nous avons précisé) le premier jour ouvrable de chaque mois. Croix Bleue Medavie ne donnera pas de préavis, mais fournira un relevé mensuel des primes qui indique le montant de chaque prélèvement régulier. Croix Bleue Medavie devra obtenir mon (notre) autorisation pour d'autres prélèvements uniques ou sporadiques. Croix Bleue Medavie exige un avis écrit pour les changements apportés aux renseignements bancaires.

Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que Croix Bleue Medavie reçoive un avis écrit de ma (notre) part si des changements y sont apportés ou si elle est annulée. Cet avis doit être reçu au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain prélèvement. Il doit être envoyé au Service de facturation de Croix Bleue Medavie à l'adresse indiquée ci-dessus. Je peux (nous pouvons) obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler l'entente relative aux prélèvements automatiques auprès de mon (notre) institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

J'ai (Nous avons) certains droits de recours advenant qu'un prélèvement ne soit pas conforme à cette entente. Par exemple, j'ai (nous avons) le droit de recevoir un remboursement pour un prélèvement automatique non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour obtenir plus de renseignements sur mes (nos) droits de recours, je peux (nous pouvons) communiquer avec mon (notre) institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

LETTRES MOULÉES

DATE : _____

Nom(s) : _____

Numéros de la police et des sections Croix Bleue Medavie : _____

Type de service: Personnel Affaires

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : (Travail) : _____ (Domicile) : _____

Veillez joindre un chèque nul au formulaire

Institution financière : _____

Numéro de compte de l'inst. fin. : _____

Numéro transitaire de l'inst. fin.: _____ - _____
(succursale - 5 chiffres ; ins. fin. - 3 chiffres)

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Signature autorisée : _____