

PRE-AUTHORIZED DEBIT AGREEMENT
(Payor's PAD Agreement)

New Authorization: Cancellation Notice: Change to Existing:

Payee Information: Credit (Transfer to)
Account Holder(s) (the "Payee"): _____
Address: _____ Phone Number: _____
Account Information: Route: Transit: Account:

Payor Information: Debit (Transfer From) Please notify the payee immediately of any changes to account information
Account Holder(s) (the "Payor"): _____ Financial Institution: _____
Address: _____ ("Processing Institution")
Address: _____
Phone Number: _____ Phone Number: _____
Account Information: Route: Transit:

ATTACH VOIDED
CHECK HERE

Payment Details:

PAD Type: <input type="checkbox"/> Personal PAD <input type="checkbox"/> Funds Transfer PAD <input type="checkbox"/> Business PAD	CPA Transaction Type: _____ Purpose of Payment: Select and press TAB _____	Amount of Payment Fixed: \$ _____ Variable: Not to exceed \$ _____
Frequency: <input type="checkbox"/> One time <input type="checkbox"/> Bi-weekly <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly _____ day of month <input type="checkbox"/> Sporadic	First Due Date ____ / ____ / ____ Last Due Date ____ / ____ / ____

AUTHORIZATION

I/We acknowledge that this Authorization is provided for the benefit of the "Payee" and "Processing Institution" and is provided in consideration of Processing Institution agreeing to process debits ("PADs") against the Account with Processing Institution in accordance with the Rules of the Canadian Payments Association (the "CPA Rules"). By signing this Authorization, the Payor acknowledges having received and having read a copy of this Agreement, including the terms and conditions on page 2, acknowledges understanding the terms and conditions of this Agreement, and agrees to be bound by the terms and conditions of this Agreement, including the terms and conditions on page 2. I/We warrant and guarantee that the person(s) whose signature(s) are required to sign on the Account have signed the Authorization.

Signature of Payor _____ Date _____
Signature of Payor _____ Date _____

Note: If only one signature is required for the account, then only one Payor needs to sign. However if two or more signatures are required then both or all Payors must sign.

WAIVER OF PRE-NOTIFICATION (Does not apply to sporadic PADS)

I/We waive any and all requirements for pre-notification of debiting, including, without limitation, pre-notification of any changes in the amount of the PAD due to a change in any applicable tax rate, top-up, or adjustment.

Signature of Payor _____ Date _____
Signature of Payor _____ Date _____

CANCEL PAYMENT (7 days notice is required before the next PAD will be issued. Cannot exceed 30 days)

The Payor hereby cancels this Payor's PAD Agreement effective: _____

Signature of Payor _____ Date _____
Signature of Payor _____ Date _____

COMPLETED BY FSR: SET UP BY: VERIFIED BY:

TERMS AND CONDITIONS

1. I/We hereby authorize Payee, in accordance with the terms of my/our account agreement with Processing Institution, to debit or cause to be debited the Account for the purposes indicated in the "PAD Type" section on page 1 of this Agreement.

2. Particulars of the Account that Payee is authorized to debit are indicated in the "Payment Details" section on page 1 of this Agreement. A specimen cheque, if available for the Account, has been marked "VOID" and attached to this Authorization.

3. I/We undertake to inform the Payee, in writing, of any change in the Account information provided in this Authorization prior to the next due date of the PAD.

4. This Authorization is continuing but may be cancelled at any time upon notice being provided by me/us, either in writing or orally, with proper authorization to verify my/our identity within the specified number of days before the next PAD is to be issued as noted on Page 1, Cancel Payment section. I/we acknowledge that I/we can obtain a sample cancellation form or further information on my/our right to cancel this Acknowledgement from Processing Institution or by visiting www.cdnpay.ca.

I/we acknowledge that if I/we wish to cancel this Authorization or if I/we have any questions or need further information with respect to a PAD, I/we can contact the Payee at the telephone number or address set out in this Agreement.

5. Revocation of this Authorization does not terminate any contract for goods or services that exists between me/us and Payee. This Authorization applies only to the method of payment and does not otherwise have any bearing on the contract for goods or services exchanged.

6. I/We acknowledge that provision and delivery of this Authorization to Payee constitutes delivery by me/us to Processing Institution. Any delivery of this Authorization to Payee constitutes delivery by the Payor.

7. If this Authorization is for fixed or variable amount business, personal or funds transfer PADs recurring at set intervals, unless I/we have waived any and all requirements for pre-notification of debiting in the "Waiver of Pre-Notification" section on page 1 of this Agreement, or unless the change in the amount of any such PAD will occur as a result of my/our direct action (such as, but not limited to, telephone instructions or other remote measures), I/we acknowledge I/we will receive:

(a) with respect to fixed amount business or personal PADs, written notice from the Payee of the amount to be debited and the due date(s) of debiting, at least 10 calendar days before the due date of the first PAD, and such notice will be received every time there is a change in the amount or the payment date(s); or

(b) with respect to variable amount business or personal PADs, written notice from the Payee of the amount to be debited and the due date(s) of debiting, at least 10 calendar days before the due date of every PAD; or

(c) with respect to business, personal or funds transfer PADs, at least 10 calendar days written notice from the Payee of any change in the amount of the PAD which results from a change in any applicable tax rate, a top-up or other adjustment. No pre-notification will be given if the amount of the PAD decreases as a result of a reduction in municipal, provincial, or federal tax.

Pre-notification may be given in writing or in any form of representing or reproducing words in visible form, which, if I/we have provided an email address to the Payee, includes an electronic document. The amount of pre-notification provided will change when there is a change in the pre-notification requirements contained in the CPA Rules.

8. If this Authorization provides for PADs with sporadic frequency, I/we understand that the Payee is required to obtain an authorization from me/us for each and every PAD prior to the PAD being exchanged and cleared. I/we agree that a password or security code or other signature equivalent will be issued and will constitute valid authorization for the Processing Institution to debit the Account.

9. I/We acknowledge that Processing Institution is not required to verify that a PAD has been issued in accordance with the particulars of this Authorization, including, but not limited to, the amount.

10. I/We acknowledge that Processing Institution is not required to verify that any purpose of payment for which the PAD was issued has been fulfilled by Payee as a condition to honouring a PAD issued or caused to be issued by Payee on the Account.

11. I/We acknowledge that, if this Authorization is for personal or business PADs or for funds transfer PADs that have recourse through the clearing system, a PAD may be disputed but only under the following conditions:

(a) the PAD was not drawn in accordance with this Authorization;

(b) this Authorization was revoked; or

(c) pre-notification was required and was not received.

I/We further acknowledge that in order to be reimbursed, a declaration to the effect that either (a), (b), or (c) took place must be completed and presented to the branch of Processing Institution holding the Account on or before the 90th calendar day in the case of a personal PAD or a funds transfer PAD that has recourse through the clearing system or, in the case of a business PAD, on or before the 10th business day, in each case after the date on which the PAD in dispute was posted to the Account.

12. I/We acknowledge that any claim made after the periods set out above must be resolved solely between me/us and the Payee and there is no entitlement to reimbursement from the Processing Institution.

13. I/We acknowledge and agree that if this Authorization is for funds transfer PADs and the Payee does not provide recourse through the clearing system, then no recourse will be provided through the clearing system (that is, I/we will not receive automatic reimbursement in the event of a dispute) and I/we must seek reimbursement or recourse from the Payee in the event a PAD is erroneously charged to the Account.

14. Unless this Authorization is for a funds transfer PAD that does not have recourse through the clearing system, I/we acknowledge that I/we have certain recourse rights if a debit does not comply with this Authorization. For example, I/we have the right to receive reimbursement for any debit that is not authorized or is not consistent with this Authorization. To obtain more information on my/our recourse rights I/we can contact Processing Institution or visit www.cdnpay.ca.

15. I/We acknowledge that I/we understand that I/we are participating in a PAD plan established by Payee and I/we accept participation in the PAD plan upon the terms and conditions set out herein.

16. I/We consent to the disclosure of any personal information that may be contained in this Authorization to the financial institution that holds the account of the Payee to be credited with the PAD to the extent that such disclosure of personal information is directly related to and necessary for the proper application of Rule H1 of the Rules of the Canadian Payments Association

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA) du payeur

Nouvel accord:

Annulation de l'accord:

Changement:

Coordonnées du bénéficiaire: Crédit (transfert à)

Nom(s) (le "bénéficiaire"): _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Numéro de compte: Route: Transit:

Coordonnées du payeur: Débit (transfert de) Veillez informer le bénéficiaire immédiatement de tout changement au numéro de compte.

Nom(s) (le "payeur"): _____ Institution financière: _____

("Institution traitante")

Adresse: _____ Adresse: _____

Téléphone: _____ Téléphone : _____

Numéro de compte: Route: Transit:

CHÈQUE ANNULÉ
CI-JOINT

Détails du débit préautorisé (DPA):

Catégorie DPA personnel
de DPA: DPA de transfert de fonds
 DPA d'entreprise

Type d'opération ACP: _____

But du DPA:
Sélectionnez et appuyez sur TAB

Montant :

Fixe: \$ _____

Variable: ne pas excéder \$ _____

Périodicité:

unique

aux deux semaines

autre _____

hebdomadaire

mensuelle _____ jour du mois

sporadique

Date du premier DPA ____ / ____ / ____
jj mm aaaa

Date du dernier DPA ____ / ____ / ____
jj mm aaaa

AUTORISATION

Je reconnais/nous reconnaissons que la remise de la présente autorisation au « bénéficiaire » et à « l'institution traitante » assure que le traitement des débits préautorisés (DPA) par l'institution traitante soit effectué en conformité avec les règlements de l'Association canadienne de paiements. En signant cette autorisation, le payeur confirme avoir reçu et lu une copie de cet accord, incluant les termes et conditions à la page 2, confirme avoir compris les termes et conditions de l'accord, et s'engage à les respecter. Je garantis/nous garantissons que la présente autorisation a été signée par l'ensemble des personnes dont la signature est requise.

Signature du payeur

Date

Signature du payeur

Date

Note: Si une seule signature est requise sur le compte, un seul payeur doit signer. Cependant, si deux ou plusieurs signatures sont requises, les deux ou tous les payeurs doivent signer.

RENONCIATION DU PRÉAVIS *(ne s'applique pas à des DPA sporadiques)*

Je renonce/nous renonçons à mon/notre droit de recevoir un préavis du montant du DPA avant le traitement du débit.

Signature du payeur

Date

Signature du payeur

Date

AVIS D'ANNULATION *(7 jours de préavis requis avant que le prochain DPA soit émis. Ne peut excéder 30 jours)*

Le payeur annule par la présente cet accord de DPA à partir du: _____

Signature du payeur

Date

Signature du payeur

Date

COMPLÉTÉ PAR FSR:

CRÉÉ PAR:

VÉRIFIÉ PAR:

TERMES ET CONDITIONS

1. J'autorise/nous autorisons le bénéficiaire et l'institution traitante à débiter mon/notre compte selon les termes de l'accord et le but indiqué à la section « Catégorie de DPA » apparaissant à la page 1 de cet accord.
2. Les renseignements relatifs au compte que le bénéficiaire est autorisé de débiter apparaissent à la section « Détails du débit préautorisé » à la page 1 de cet accord. Un spécimen d'un chèque annulé est annexé à cet accord.
3. Je m'engage/nous nous engageons à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement dans les renseignements relatifs au compte qui sont fournis dans le présent accord, et ce, avant la prochaine date d'échéance du débit préautorisé.
4. Cette autorisation demeure en vigueur mais peut être annulée en tout temps par le payeur en fournissant un avis, écrit ou verbal, à l'intérieur de la période de temps spécifiée à la section « Avis d'annulation » à la page 1. Je reconnais/nous reconnaissons que je peux/nous pouvons obtenir un spécimen du formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon/notre droit d'annuler l'accord de DPA, en m'adressant/nous adressant à mon/notre institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
Je reconnais/nous reconnaissons que si je désire/nous désirons annuler cette autorisation, poser des questions ou obtenir des renseignements relativement à tout DPA émis par le bénéficiaire, je peux/nous pouvons communiquer avec le bénéficiaire au numéro de téléphone ou à l'adresse indiqué dans cet accord.
5. L'annulation de la présente autorisation n'entraîne la résiliation d'aucun contrat relatif à des produits ou services conclus entre le bénéficiaire et moi/nous. Cette autorisation s'applique seulement à la méthode de paiement et n'entraîne aucun effet à l'égard du contrat sur l'échange de produits ou services.
6. Je reconnais/nous reconnaissons que la remise de la présente autorisation au bénéficiaire est réputée constituer la remise de ce même document par moi/nous à l'institution traitante. Toute remise de la présente autorisation au bénéficiaire constitue une remise par le payeur.
7. Si cette autorisation est pour des DPA personnels, d'entreprise ou de transfert de fonds avec montant fixe ou variable, établis à intervalles fixes, à moins que j'ai/nous ayons renoncé à mon/notre droit de préavis du débit dans la section « Renonciation du préavis » à la page 1 de cet accord, ou à moins que j'ai/nous ayons ordonné directement de modifier le montant du DPA, je reconnais/nous reconnaissons que je recevrai/nous recevrons :
 - (a) en ce qui a trait à des DPA personnels ou d'entreprise avec montant fixe, un avis écrit du bénéficiaire confirmant le montant qui sera débité et la date du débit, au moins 10 jours avant la date d'échéance du premier DPA, et un tel préavis devra être reçu lors de tout changement au montant ou à la date de paiement ; ou
 - (b) en ce qui a trait à des DPA personnels ou d'entreprise avec montant variable, un avis écrit du bénéficiaire confirmant le montant qui sera débité et la date du débit, au moins 10 jours avant la date d'échéance de chaque DPA ; ou
 - (c) en ce qui a trait à des DPA personnels, d'entreprise ou de transfert de fonds, un avis écrit du bénéficiaire au moins 10 jours avant la date d'échéance du prochain DPA lors de tout changement au montant à la suite d'un changement d'une taxe ou autre ajustement. Aucun préavis ne sera envoyé lors de changement du montant du DPA suite à la réduction d'une taxe municipale, provinciale ou fédérale.Un préavis peut être donné par écrit ou sous toute autre forme écrite lisible, incluant un document électronique si une adresse courriel a été fournie au bénéficiaire. La période de préavis sera modifiée en conformité à tout changement qui pourrait être apporté à la période de préavis exigée selon les règlements de l'ACP.
8. Si cette autorisation permet un DPA à fréquence sporadique, je comprends/nous comprenons que le bénéficiaire doit obtenir mon/notre autorisation pour chaque débit avant le traitement du débit. J'accepte/nous acceptons que cette autorisation supplémentaire peut être donnée à l'institution traitante par un mot de passe ou un code secret.
9. Je reconnais/nous reconnaissons que l'institution traitante n'est pas tenue de vérifier que le DPA a été émis conformément aux détails de cet accord, incluant, mais sans être limité au, montant.
10. Je reconnais/nous reconnaissons que l'institution traitante n'est pas tenue de vérifier que le but pour lequel le DPA est émis a été respecté par le bénéficiaire comme une condition d'honorer un DPA émis par le bénéficiaire sur le compte.
11. Je reconnais/nous reconnaissons que, si cette autorisation est pour des DPA personnels ou d'entreprise ou des DPA de transfert de fonds ayant recours par le système de compensation, un DPA peut être contesté seulement sous les conditions suivantes :
 - (a) le DPA n'a pas été effectué conformément aux termes de cet accord ;
 - (b) cette autorisation a été révoquée ;
 - (c) un préavis était requis et n'a pas été reçu.Je comprends/nous comprenons qu'afin d'être remboursé(s), une déclaration, confirmant qu'une des situations (a), (b) ou (c) a eu lieu, doit être fournie à l'institution traitante détenant le compte dans les 90 jours civils suivant le débit dans le cas d'un DPA personnel ou de transfert de fonds ayant recours par le système de compensation, ou dans le cas d'un DPA d'entreprise, dans les 10 jours ouvrables de la date à laquelle le DPA a été passé au compte.
12. Je reconnais/nous reconnaissons que toute demande de remboursement présentée au-delà des périodes précitées doit être résolue entre le bénéficiaire et le payeur, et qu'il n'y aura plus de droit de remboursement provenant de l'institution traitante.
13. Je reconnais et accepte/nous reconnaissons et acceptons que, si cette autorisation est pour des DPA de transfert de fonds sans recours par le système de compensation, aucun recours ne sera donc fourni par le système de compensation (ceci signifie qu'aucun remboursement automatique ne sera reçu par le payeur en cas de contestation) et je devrai/nous devons demander un remboursement du bénéficiaire dans le cas où un DPA est retiré du compte en erreur.
14. A moins que cette autorisation soit pour un DPA de transfert de fonds sans recours par le système de compensation, je reconnais/nous reconnaissons que j'ai/nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai/nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir plus d'information sur mes/nos droits de recours, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.
15. Je reconnais/nous reconnaissons que je comprends/nous comprenons que je participe/nous participons dans un programme de DPA établi par le bénéficiaire et que j'accepte/nous acceptons cette participation selon les termes et conditions définis dans cet accord.
16. Je consens/nous consentons que toute information personnelle contenue dans le présent accord soit divulguée à l'institution financière du bénéficiaire qui détient le compte qui sera crédité avec les fonds du DPA dans la mesure qu'une telle divulgation d'information personnelle est directement liée et nécessaire à l'application de la Règle H1 des règlements de l'Association canadienne des paiements.