

Autorisation relative au programme de paiement préautorisé pour une carte Mastercard^{MD} de la HSBC de particulier

Directives

- Veuillez lire les conditions relatives à la convention de débit préautorisé (DPA) et remplir toutes les sections se trouvant ci-dessous. Chaque titulaire de compte doit signer la présente autorisation.
- Pour établir votre programme de paiement préautorisé, vous pouvez nous envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse HSBCMastercardPAD@hsbc.ca, le déposer à une succursale de la Banque HSBC Canada ou nous l'envoyer par la poste, à l'adresse suivante :

Programme de paiement préautorisé pour la carte Mastercard de la HSBC
C.P. 20, succursale M
Montréal, QC H1V 3L6
- Pour que les fonds soient débités d'un compte bancaire détenu auprès d'un autre établissement financier, veuillez joindre un chèque portant la mention «ANNULÉ» ou la partie supérieure de votre relevé de compte (sur laquelle figurent le nom de tous les titulaires du compte, l'adresse, le numéro de compte et l'établissement financier).
Remarque : Les images ou les pièces jointes doivent être lisibles.
- Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler Mastercard HSBC, au 1-866-406-4722.
- Veuillez prendre bonne note du montant du paiement que vous avez choisi et conservez ce document dans vos dossiers.

Conditions relatives à la convention de DPA

1. J'autorise la Banque HSBC Canada (la **HSBC**) à effectuer les débits, selon mes directives pour le compte désigné ci-dessous, pour des paiements périodiques mensuels réguliers à mon compte Mastercard de la HSBC. Je confirme que j'utilise ma carte Mastercard de la HSBC à des fins personnelles.
2. Les paiements réguliers mensuels pour les montants indiqués ci-après seront débités au compte désigné, à la date d'échéance indiquée sur le relevé mensuel de mon compte Mastercard de la HSBC. La HSBC me fera parvenir un avis écrit au moins dix (10) jours avant l'échéance de chaque débit. Le relevé mensuel de mon compte Mastercard constituera cet avis écrit.
3. Je peux demander que le montant du débit préautorisé soit modifié (au moyen d'une directive téléphonique ou d'une autre façon). De plus, la HSBC obtiendra mon autorisation pour tout autre débit unique. Je comprends que dans ces circonstances, aucun préavis ne me sera transmis.
4. La présente autorisation demeurera en vigueur tant que je n'avisera pas la HSBC de mon intention de la modifier ou d'y mettre un terme. Je peux retirer mon autorisation en tout temps en remettant un préavis de 30 jours à la HSBC.
5. Je peux me procurer un exemple de formulaire de résiliation ou obtenir plus d'information sur mon droit de résilier une convention de DPA auprès de mon établissement financier ou sur le site www.paiements.ca.
6. Je conviens que l'autorisation ne s'applique qu'au mode de paiement et n'a pas d'incidence sur le montant dû à la HSBC.
7. La HSBC peut céder la présente convention à toute personne (y compris une personne morale), à condition qu'elle m'en informe au moins dix (10) jours avant et me communique l'identité et les coordonnées de la personne.



8. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement de tout débit non autorisé ou non conforme à la présente entente. Pour en savoir plus sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon établissement financier ou consulter le site www.paiements.ca.

Renseignements sur le titulaire de carte

Nouvelle inscription Modification du compte de paiement

N° de la carte Mastercard de la HSBC : _____

N° de téléphone du titulaire principal : _____ Adresse de courriel : _____

Nom du titulaire de carte principal (en lettres moulées) : _____

Signature du titulaire principal : _____

Renseignements sur l'établissement financier

Établissement financier : _____ N° de compte : _____ N° d'id. de la succursale : _____

Veuillez inscrire, en lettres moulées, le(s) nom(s) du(des) titulaire(s) du compte (compte de dépôt de particulier seulement). Le nom d'au moins un titulaire doit être celui du titulaire de carte indiqué ci-dessus. S'il s'agit d'un compte conjoint, les deux titulaires doivent signer la présente convention de DPA.

Nom du titulaire du compte (en lettres moulées) : _____

Nom du titulaire du compte (en lettres moulées) : _____

Montant du paiement périodique mensuel (choisissez-en un seul)

Paiement mensuel minimal exigible figurant sur mon relevé mensuel OU

Solde figurant sur mon relevé mensuel

MM/JJ/AA

X _____
Signature du titulaire

MM/JJ/AA

X _____
Signature du titulaire