

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE CHANGEMENT DE BANQUE



50 Burnhamthorpe Rd W., bureau 1000
Mississauga, Ontario, L5B 4A5
Sans frais : 1-800-363-7377
Courriel : contact@kff.ca
Télec. : 1-800-668-5007

Veillez compter au moins 5 jours ouvrables avant la date prévue du prochain dépôt préautorisé pour que le nouveau compte bancaire soit pris en compte. Si la demande est reçue dans les 5 jours qui précèdent la date de retrait demandée, le changement de banque sera pris en compte pour le mois suivant.

NUMÉRO(S) DE CONVENTION/DEMANDE DU REEE :		
1 RENSEIGNEMENTS SUR LE SOUSCRIPTEUR		
(MME/M.) PRÉNOM DU 1 ^{ER} SOUSCRIPTEUR	NOM DU 1 ^{ER} SOUSCRIPTEUR	
(MME/M.) PRÉNOM DU 2 ^E SOUSCRIPTEUR	NOM DU 2 ^E SOUSCRIPTEUR	
2 DEMANDE DE CHANGEMENT DE BANQUE. Cochez tout ce qui s'applique.		
<input type="checkbox"/> CHANGER LA DATE DE RETRAIT	Veillez indiquer le jour du retrait : _____ (du 1 ^{er} au 28)	
<input type="checkbox"/> ACTUALISER LES COORDONNÉES BANCAIRES	<p>Veillez joindre un chèque annulé ou le formulaire de transactions préautorisées de votre institution financière. Les fonds doivent être en dollars canadiens dans un compte bancaire d'une institution financière canadienne.</p> <p>Si le titulaire du compte n'est pas un souscripteur figurant sur la ou les conventions, nous aurons besoin d'un <i>Formulaire de tiers-cotisant</i>. Le <i>Formulaire de tiers cotisant</i> est obligatoire lorsqu'on détermine qu'un tiers, une personne autre que le souscripteur, finance une convention.</p>	
3 RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE (le cas échéant)		
<p>JOINDRE LE CHÈQUE ANNULÉ OU LE FORMULAIRE DE TRANSACTIONS PRÉAUTORISÉES DE VOTRE INSTITUTION FINANCIÈRE</p>		
Remarque : si vous ne pouvez pas fournir de chèque annulé, veuillez vous rendre sur le site Web ou une succursale de votre institution financière afin d'obtenir un Formulaire d'attestation des renseignements bancaires.		
4 AUTORISATION DU DÉTENTEUR DU COMPTE (obligatoire lorsque le titulaire du compte n'est pas un souscripteur de la convention)		
J'autorise/nous autorisons le changement de la date de retrait et/ou du compte sur lequel les cotisations vont être retirées. Je/nous reconnais/reconnaissons que ces cotisations s'appliqueront à la (aux) convention(s) susmentionnée(s).		
SIGNATURE DU 1 ^{ER} TITULAIRE DU COMPTE	SIGNATURE DU 2 ^E TITULAIRE DU COMPTE	DATE A A A A M M J J
5 AUTORISATION DU SOUSCRIPTEUR		
J'autorise/nous autorisons le changement de la date de retrait et/ou du compte sur lequel les cotisations vont être retirées. Je/nous reconnais/reconnaissons que ces cotisations s'appliqueront à la (aux) convention(s) susmentionnée(s).		
SIGNATURE DU 1 ^{ER} SOUSCRIPTEUR	SIGNATURE DU 2 ^E SOUSCRIPTEUR	DATE A A A A M M J J