

Police N°	Certificat	Date de prise d'effet J M A
-----------	------------	--------------------------------

Nom de l'adhérent										Prénom de l'adhérent										Date de naissance J M A			Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--	--

N°										Rue										App.					Ville										Province										Code Postal				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--

**Protection**

<input type="checkbox"/> Individuelle (sans couverture des personnes à charge)	<b>No d'assurance sociale</b> J M A	<b>Occupation dans l'entreprise :</b> _____
<input type="checkbox"/> Familiale (avec protection des personnes à charge)		

**Exemption**     Frais médicaux     Dentaire    Fournir copie du certificat d'assurance

**Protection familiale** (compléter cette section si vous désirez assurer vos personnes à charge)     Familiale     Monoparentale     Couple

Conjoint(e)										Nom et prénom										Date de naissance J M A			Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Si conjoint de fait <input type="checkbox"/> Date de cohabitation J M A
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--	--	---

Enfants à charge (Nom et prénom)	Date de naissance			Sexe	
	J	M	A	M	F
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Désignation de bénéficiaire(s)**

Nom, prénom	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance, si mineur JJ MM AAAA	Veillez cocher
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
				<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Au Québec, à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocable s'il est le conjoint légalement marié ou uni civilement, et révocable dans tous les autres cas. Un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement.

**Garanties facultatives** (Veuillez vérifier les dispositions permises par votre régime. Vous devez remplir la déclaration d'assurabilité).

<input type="checkbox"/> Vie facultative <b>Inscrire le montant total demandé</b>
<input type="checkbox"/> ADHÉRENT _____ Montant _____ \$ (par tranche de 10,000 \$)
<input type="checkbox"/> MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES (montant identique à l'assurance vie)

**À remplir et signer par l'administrateur du régime (employeur)**

<table border="1"> <tr> <td><b>Admissible</b></td> <td><b>Oui</b></td> <td><b>Non</b></td> </tr> <tr> <td>CEIC (ass.emploi)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CSST</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Admissible</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	CEIC (ass.emploi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td><b>Temps partiel</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Temps plein</b></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Temps partiel</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Temps plein</b>	<input type="checkbox"/>	Date d'embauche Temps plein J M A	_____ \$ Salaire annuel	_____ Nom de l'entreprise
<b>Admissible</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>															
CEIC (ass.emploi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
<b>Temps partiel</b>	<input type="checkbox"/>																
<b>Temps plein</b>	<input type="checkbox"/>																
Nombre d'heure de travail / semaine : _____		Date d'admissibilité J M A	_____ Catégorie	_____ Nom de l'administrateur (lettres moulées)													
				_____ Signature de l'administrateur													

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de Renseignements Médicaux les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, les intermédiaires de marché, mon employeur ou ex-employeur ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance et ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation.

En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Humania Assurance ou à ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-haut. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel (voir à l'endos). J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire et j'autorise Humania Assurance ou ses réassureurs à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et administratives.

**Signature de l'adhérent :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

### **Avis**

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel de renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous aurez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

#### **Responsable de l'accès à l'information**

Humania Assurance Inc.  
1555, rue Girouard Ouest  
Saint-Hyacinthe (Québec)  
J2S 2Z6