

DEMANDE D'ADMISSION



Société Saint-Jean-Baptiste du diocèse de Sherbrooke

525, boul. Queen Victoria, Sherbrooke (Québec) J1H 3R4
Tél. : 819 569-5171 • Courriel : ssjbsherbrooke@videotron.ca
• Site internet: ssjbsherbrooke.com



Service d'entraide, produit d'assurance vie collective à prime nivelée - Contrat n° 17563

Numéro de membre

IDENTIFICATION - Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom de la personne à assurer		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance A M J	Numéro d'assurance sociale (facultatif)	
Adresse - N°, rue, app.		Ville		Province		Code postal	
N° de téléphone	Résidence : ()	Travail : ()		Courriel :			
Nom des enfants à charge (14 jours à 19 ans)		Prénom		Date de naissance A M J		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
1						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4						<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

PROTECTIONS DEMANDÉES - Le montant maximum total est de 15 000 \$ pour chaque assuré, par tranches de 1 000 \$

1- Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/>	Assurance additionnelle désirée <input type="checkbox"/>	Coût assurance _____ \$
2- Protection : Vie entière <input type="checkbox"/> ou Libérée à 70 ans <input type="checkbox"/>		Taxe 9 % _____ \$
3- Protection optionnelle : Protection familiale enfants à charge <input type="checkbox"/> (2 \$ par 1 000 \$ d'assurance)		Carte de membre et frais d'administration (nouveau membre) _____ \$
4- Montant		Coût total _____ \$
<input type="checkbox"/> Assuré _____ \$		<input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Mensuel Pré-autorisé (spécimen ci-joint)
<input type="checkbox"/> Enfant à charge 1 _____ \$		<input type="checkbox"/> Semestriel ou
<input type="checkbox"/> Enfant à charge 2 _____ \$		<input type="checkbox"/> Mensuel
<input type="checkbox"/> Enfant à charge 3 _____ \$		_____ \$ (montant joint)

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Nom, prénom	Date de naissance A M J	Lien avec l'adhérent	Veuillez cocher (voir au verso) <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

QUESTIONS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ

	Assuré	Enfant à ch. 1	Enfant à ch. 2	Enfant à ch. 3
1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué ou traité pour l'une des affections suivantes : maladie vasculaire périphérique, troubles du coeur ou des vaisseaux sanguins, accident vasculaire cérébral (AVC), cancer, sclérose en plaques, diabète traité avec insuline, maladie rénale, SIDA ou infection VIH (virus d'immunodéficience humaine), fibrose kystique, ischémie cérébrale transitoire (ICT), maladie mentale, dépression majeure, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, Alzheimer, emphysème, troubles du foie, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, dystrophie musculaire ou (SLA) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été traité ou conseillé d'être traité pour un problème relié à la consommation de médicaments, de boissons alcooliques, de drogues ou de substances toxiques ou fait usage de cocaïne, haschich, LSD, barbituriques, narcotiques, sédatifs, ou toutes autres drogues, stimulants ou halucinogènes autrement que sur ordonnance ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été hospitalisé plus de vingt-quatre (24) heures à cause d'une chirurgie majeure (autre que la césarienne) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Vous est-il déjà arrivé qu'une assurance vous soit refusée ou accordée avec surprime ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

JE DÉCLARE NE PAS ÊTRE HOSPITALISÉ, NI ATTEINT D'UNE MALADIE EN PHASE TERMINALE.

Si vous avez répondu « Non » à toutes les questions relatives à votre état de santé :
- votre demande d'adhésion est automatiquement acceptée par Humania Assurance ;
- la protection familiale est également acceptée automatiquement pour chacun des enfants pour lesquels vous avez répondu « Non » à toutes les questions relatives à l'état de santé ;
- si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs questions relatives à l'état de santé d'un enfant, cet enfant seulement ne sera pas assuré.
Si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs questions relatives à votre état de santé :
- vous et vos enfants à charge, s'il y a lieu, n'êtes pas admissibles à l'assurance.
Votre assurance débute à la date de la signature de la présente demande d'adhésion sous réserve du paiement de la première prime ou de la partie de la prime prévue par la Société.

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je déclare que les réponses données ci-dessus sont complètes et véridiques. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance Service d'Entraide. Je m'engage à me conformer aux règlements de la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-dessus. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux exclusions et aux restrictions décrites dans le Guide de l'adhérent. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Guide de l'adhérent. Ce guide constitue le Guide de distribution conformément à La Loi sur la distribution, de produits et services financiers. Je reconnais avoir pris connaissance, au verso du présent formulaire, de la section Gestion des renseignements personnels, de l'avis de résolution ainsi que de l'avis de divulgation et en avoir reçu une copie. 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 demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Si la méthode de paiement par prélèvements automatiques est choisie, le payeur autorise la SSJB, à prélever mensuellement sur mon compte de type « personnel », un montant pour payer les primes ou tout autre compte que le payeur pourrait désigner par la suite au contrat d'assurance établi à partir de la présente demande. Toute modification du montant sera précédée d'un avis au moins 10 jours avant la date du retrait et le payeur autorise la SSJB à changer le montant des prélèvements. Tout changement bancaire ou annulation doivent être communiqués par écrit à la SSJB du diocèse de Sherbrooke, au moins 10 jours avant la date du retrait.

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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'informations sur mes/nos droits de recours, je/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à : _____ le _____ 20 _____

Signature de l'adhérent (si moins de 18 ans, signature de la mère, du père ou du tuteur) _____ Signature du représentant de la SSJB Sherbrooke _____
Signature de la personne à assurer de 14 à 17 ans _____ Signature du payeur (si prélèvement préautorisé) _____

Avis relatif à la constitution d'un dossier personnel par la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke et par Humania Assurance Inc.

Les renseignements personnels que la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke et Humania Assurance détiennent ou détiendront à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier. Ils ne seront consultés que par le personnel de la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke et d'Humania Assurance, qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire parvenir une demande écrite à l'attention du responsable de la protection des renseignements personnels au siège social de chacune de ces deux institutions :

- Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke, 525, boul. Queen Victoria, Sherbrooke (Québec) J1H 3R4
- Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Révocable : signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans le consentement du bénéficiaire.

Irrévocable : signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut être changée sans le consentement (la signature) du bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOVABLE à moins de stipulation contraire.

La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire.

La désignation IRRÉVOVABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s), le capital assuré sera versé à la succession de l'adhérent conformément à la loi.

S'il y a plus d'un bénéficiaire, les sommes assurées seront versées en parts égales aux bénéficiaires survivants. Si le bénéficiaire désigné est mineur, les sommes dues seront remises au tuteur légal pour le bénéfice de l'enfant.

AVIS DE RÉSOLUTION

L'adhérent dispose d'un délai de 10 jours à compter de la date de la signature de la présente demande pour aviser la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke s'il désire mettre fin à l'assurance Service d'Entraide. Dans un tel cas, l'annulation prend effet à la date de la signature de la demande d'adhésion. La société rembourse alors à l'adhérent toute prime versée à condition qu'aucune demande de prestations n'ait été présentée.

AVIS DE DIVULGATION

La présente demande concerne l'adhérent et la Société Saint-Jean-Baptiste de Sherbrooke. La personne qui soumet la présente demande n'est pas un conseiller en sécurité financière en vertu de la Loi sur la distribution des produits et services financiers. Elle est un représentant de la Société Saint-Jean-Baptiste du diocèse de Sherbrooke. La présente demande ne comporte aucune condition qui oblige l'adhérent à traiter d'autres affaires avec le représentant de la Société ou quelqu'autre organisation

TABLEAU DES PRIMES

	CAPITAL ASSURÉ	VIE ENTIÈRE	LIBÉRÉE À 70 ANS
Si vous êtes âgé entre	1 000 \$ à 15 000 \$	Coût annuel (taxe 9 % + carte de membre + frais administration compris)	Coût annuel (taxe 9 % + carte de membre + frais administration compris)
14 jours et 24 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	23,45 \$ = _____ \$	25,63 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	4,36 \$ X _____ \$	6,54 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
25 ans et 34 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	25,63 \$ = _____ \$	28,90 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	6,54 \$ X _____ \$	9,81 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
35 ans et 39 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	29,99 \$ = _____ \$	34,35 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	10,90 \$ X _____ \$	15,26 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
40 ans et 44 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	35,44 \$ = _____ \$	41,98 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	16,35 \$ X _____ \$	22,89 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
45 ans et 49 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	40,89 \$ = _____ \$	52,88 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	21,80 \$ X _____ \$	33,79 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
50 ans et 54 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	50,70 \$ = _____ \$	69,23 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	32,70 \$ X _____ \$	51,23 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$
55 ans et 59 ans	Premier 1 000 \$ (nouveau membre)	65,96 \$ = _____ \$	95,39 \$ = _____ \$
	Chaque 1 000 \$ additionnel	45,78 \$ X _____ \$	75,21 \$ X _____ \$
		TOTAL _____ \$	TOTAL _____ \$

CES PROTECTIONS VOUS SONT ACCORDÉES GRÂCE À UNE ENTENTE AU CHAPITRE DE L'ASSURANCE COLLECTIVE AVEC HUMANIA ASSURANCE.