

## Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec

222, rue Saint-Marcel, Drummondville (Québec) J2B 2E4 • Téléphone : 819 478-2519 • Télécopieur : 819 472-7460  
• Sans frais : 1 800 943-2519 • Courriel : info@ssjbcq.quebec • Site Web : www.ssjbcq.quebec

1. Nom de famille		PERSONNE À ASSURER		Prénom		b) Membre		Êtes-vous un citoyen canadien ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Entraide-Sécuriaide									
2. Adresse de l'assuré		Rue		App.		Ville		Code postal		Montant demandé		\$									
3. Date de naissance		JJ		MM		AA		Âge		4. Lieu de naissance		Assurance additionnelle désirée									
5. Taille		Poids		Sexe		Masc. <input type="checkbox"/>		Fém. <input type="checkbox"/>		Décès accidentel (De 14 jours à 69 ans)		\$									
6. Téléphone rés. : Téléphone travail :				7. Référence (nom, adresse, téléphone)								Coût de l'Entraide-Sécuriaide : _____ \$									
8. Titulaire (lorsque l'assuré est mineur) : a) Nom et prénoms				b) Date de naissance				c) Lien avec l'assuré				Coût du D.A. : _____ \$									
9. Nom et adresse où envoyer les avis				rue				app.				ville				Code postal				Taxe de 9 % : _____ \$	
Voir 2 <input type="checkbox"/> ou														Carte de membre : _____ \$							
Si l'assuré est un enfant, il acquerra d'office tous les droits dans le contrat lorsqu'il aura atteint sa majorité.														Coût de la 1 <sup>re</sup> prime : _____ \$							
10. Bénéficiaire au décès				Nom et prénom				Date de naissance				Lien avec l'assuré				voir au verso					
														<input type="checkbox"/> Révocable							
														<input type="checkbox"/> Irrévocable							
La présente désignation révoque toute désignation de bénéficiaire faite antérieurement.																					

### SERVICE D'ENTRAIDE-SÉCURIAIDE

L'assurance vie entrera en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur et du paiement de la prime.

11. Est-ce que la personne à assurer :	Oui	Non
a) A déjà eu une demande d'assurance vie refusée ou acceptée avec surprime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) A, au cours des cinq (5) dernières années, été traitée ou conseillée d'être traitée pour un problème relié à la consommation de boissons alcooliques, de médicaments, de drogues ou de toute autre substance toxique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A, au cours des cinq (5) dernières années, fait usage de cocaïne, de haschisch, de LSD, de barbituriques, de narcotiques, de sédatifs ou de toute autre drogue, de stimulants ou d'hallucinogènes autrement que sur ordonnance d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) A, au cours des cinq (5) dernières années, été diagnostiquée ou traitée pour l'une des affections suivantes : crise cardiaque, trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins, angine, maladie vasculaire périphérique, accident vasculaire cérébral (AVC), cancer, sclérose en plaques, diabète avec insuline, épilepsie, maladie rénale, SIDA ou infection au VIH, fibrose kystique, ischémie cérébrale transitoire (ICT), maladie mentale, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, tentative de suicide, hépatite, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, obésité morbide, trisomie 21, paralysie cérébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) A, au cours des trois (3) dernières années, été hospitalisée plus de vingt-quatre (24) heures à cause d'une chirurgie majeure (autre que césarienne) ou d'une maladie dont vous subissez encore des séquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Prévoit subir une chirurgie sous anesthésie générale dans les six (6) prochains mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs questions relatives à votre état de santé, vous n'êtes pas admissible à l'assurance.

Espace réservé à l'administration **Accepté le** \_\_\_\_\_ **Par** \_\_\_\_\_

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance et de la participation au Service d'Entraide-Sécuriaide. Je m'engage à me conformer aux règlements du Service d'Entraide-Sécuriaide de la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Guide de distribution, conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers, et de l'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel et avoir reçu une copie. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat. J'autorise Humania Assurance à utiliser ou à communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives. 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 de la personne à assurer de 14 à 17 ans \_\_\_\_\_

#### Autorisation du payeur

Le payeur autorise La Société, à prélever un montant sur mon compte, selon la fréquence choisi (spécimen de chèque ci-joint) pour payer les primes ou tout autre compte que le payeur pourrait désigner par la suite. Toute modification au montant sera précédée d'un préavis au moins 10 jours avant la date du retrait et le payeur autorise alors La Société à changer le montant du prélèvement. J'informerai la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec, dans un délai de 10 jours ouvrables, de tout changement aux présentes. Je peux révoquer mon autorisation à tout moment, (sans mettre fin aux contrats sus mentionnés) sur signification d'un préavis écrit de 10 jours ouvrables. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un Accord de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou consulter le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse [www.cdnipay.ca](http://www.cdnipay.ca). Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part. Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation. J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié ci-dessous ont signé la présente autorisation. Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme La Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée ci-dessous. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai 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 plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnipay.ca](http://www.cdnipay.ca). L'institution financière me remboursera, au nom de SSJBCQ, les montants retirés par erreur dans les 90 jours civils du retrait pour un DPA personnel, dans la mesure où le remboursement est demandé pour une raison admissible. Je comprends que je devrai faire une demande à cet effet à mon institution financière selon la procédure qu'elle me fournira. Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués devra être réglée entre SSJBCQ et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière. Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

J'accuse réception d'une copie de cet Accord et je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

Signature du payeur \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom et adresse \_\_\_\_\_

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

N° de l'institution \_\_\_\_\_ N° de succursale \_\_\_\_\_ N° de compte (avec n° vérificateur) \_\_\_\_\_

Spécimen ci-joint. Agent de distribution de la SSJBCQ \_\_\_\_\_

**AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL  
PAR LA SOCIÉTÉ SAINT-JEAN-BAPTISTE DU CENTRE-DU-QUÉBEC  
ET PAR HUMANIA ASSURANCE INC.**

Les renseignements personnels que la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec et, Humania Assurance, détiennent ou détiendront à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires qu'elles offrent. Ils ne seront consultés que par le personnel de la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre-du-Québec 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 devrez 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 du Centre-du-Québec, 222, rue Saint-Marcel, Drummondville (Québec) J2B 2E4.
- Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6.

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)**

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

Irrévocable : signifie que la désignation de bénéficiaire **ne peut** être changée sans son consentement.

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

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

La désignation **IRRÉVOCABLE** 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 désigné, 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 RÉOLUTION**

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 du Centre du Québec s'il désire mettre fin à l'assurance Entraide-Sécuriaide. 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 du Centre du Québec. 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 **agent de distribution** de la Société Saint-Jean-Baptiste du Centre du Québec. La présente demande ne comporte aucune condition qui oblige l'adhérent à traiter d'autres affaires avec **l'agent de distribution** de la Société ou quelqu'autre organisation.

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