



SSJB du Centre-du-Québec  
222, rue Saint-Marcel, Drummondville (Québec) J2B 2E4  
Téléphone : 819 478-2519 (6963-00)  
Sans frais : 1 800 943-2519  
info@ssjbcq.quebec / www.ssjbcq.quebec



SSJB de la Mauricie  
3239, rue Papineau, C.P. 1059, Trois-Rivières G9A 5K5  
Téléphone : 819 375-4881 (6963-01) / Sans frais : 1 800 821-4881  
ssjbm@ssjbmauricie.qc.ca / www.ssjbmauricie.qc.ca  
 SSJB Richelieu-Yamaska  
515, rue Robert, Saint-Hyacinthe J2S 4L7  
Téléphone : 450 773-8535 (6963-03)  
ssjb@maskatel.net

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ - Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom de l'assuré	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance JJ   MM   AAAA			NAS (facultatif)		N° de membre
Adresse - N°, rue, app.		Ville	Province		Code postal		N° de téléphone	

### LE SERVICE ACCIAIDE - PROTECTION D'ASSURANCE COLLECTIVE EN CAS D'ACCIDENT

Protection désirée :  Acciaide (protection de base)  Acciaide-R (protection de base **plus rente**)

#### Protection de base :

- Décès accidentel, mutilation, perte d'usage
- Fracture accidentelle
- Frais hospitaliers et paramédicaux
- Frais dentaires

- Frais de transport et de séjour
- Prestation forfaitaire (invalidité totale)
- Frais de réadaptation
- Indemnité journalière (hospitalisation)

#### Acciaide-R

- Protection de base
- Rente hebdomadaire en cas d'invalidité totale

Veuillez vous référer à votre guide de distribution pour de plus amples renseignements au sujet de ces protections.

Votre protection débute à la date de signature de la présente demande d'adhésion sous réserve du paiement de la première prime.

### DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS

Nom, prénom	Date de naissance si mineur			Lien avec l'assuré	%	Voir explication au verso <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
	JJ	MM	AAAA			
	JJ	MM	AAAA			

Je m'engage à me conformer aux règlements de La Société. Je reconnais avoir pris connaissance des renseignements indiqués ci-dessus. Je reconnais que les protections offertes sont assujetties aux exclusions et aux restrictions décrites dans le guide de distribution. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Guide de distribution conformément à la Loi sur la distribution de produits et services financiers, de l'avis de résolution et de l'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel. J'autorise La Société et Humania Assurance à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance social à des fins administratives. Une photocopie du présent consentement à 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) \_\_\_\_\_ Nom du père, de la mère ou tuteur (en lettres majuscules)

### 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 précédé 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, 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.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.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 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.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). L'institution financière me remboursera, au nom de la SSJB, 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 la SSJB 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.

Débit préautorisé - Nombre de versements \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$

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 no. vérificateur) \_\_\_\_\_

**Spécimen ci-joint.**

### REÇU POUR LE PAIEMENT DE LA 1<sup>re</sup> PRIME

Prime \_\_\_\_\_ Taxe \_\_\_\_\_ \*Frais \_\_\_\_\_ Carte de membre \_\_\_\_\_ Total : \_\_\_\_\_

la somme de \_\_\_\_\_ dollars \_\_\_\_\_ \$

Signature de l'Agent de distribution de la Société \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Copie blanche à la Société / copie jaune pour l'assuré**

## GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Société et Humania Assurance traitent de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elles possèdent sur vous. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de La Société et d'Humania Assurance qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de l'accès à l'information de votre Société dont l'adresse figure au début de la demande d'adhésion ou Humania Assurance Inc.  
1555, rue Girouard Ouest  
C.P. 10000  
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

## AVIS DE RÉOLUTION

L'assuré dispose d'un délai de 10 jours à compter de la date de la signature de la présente demande pour aviser La Société s'il désire mettre fin à l'assurance Service Acciaide. 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'assuré toute la prime versée à condition qu'aucune demande de prestations n'ait été présentée.

## AVIS DE DIVULGATION

La présente demande concerne l'assuré et la Société. 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. La présente demande ne comporte aucune condition qui oblige l'assuré à traiter d'autres affaires avec l'**agent de distribution** de la Société ou quelque autre organisation.

## 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'assuré 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.

## PRÉLÈVEMENT PRÉAUTORISÉ

Vous pouvez en tout temps mettre fin au prélèvement préautorisé en envoyant une demande écrite à la Société et ceci n'aura pas pour effet de mettre fin au présent contrat.

Je m'engage à aviser la Société, par écrit, de tout changement concernant les informations bancaires où le prélèvement doit se prendre au moins 10 jours avant la date d'échéance du contrat.

**Ces protections vous sont accordées grâce à une entente au chapitre de l'assurance collective avec Humania Assurance Inc.**