



Société Saint-Jean-Baptiste du diocèse de Valleyfield

111, rue Ellice, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 1E7 • Tél. : 450 373-5591

• Télécopieur : 450 373-0045 • Courriel : ssjb.valleyfield@cgocable.ca • www.ssjbvalleyfield.qc.ca



DEMANDE D'ADHÉSION

PROTECTION MAXIMALE 25 000 \$

Je, soussigné(e), désire devenir membre de la Société et je m'engage à me conformer en tout temps à sa charte et à ses règlements. De plus, je désire participer au Service d'Entraide pour une protection de :

Nouvelle adhésion

Protection additionnelle
(membre déjà existant)

DA (décès accidentel)

N°

_____ 000 \$

_____ 000 \$

NOM	PRÉNOM	SEXE	TÉLÉPHONE
NOM DE FILLE SI FEMME MARIÉE	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	OCCUPATION	
NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT / PÈRE / MÈRE		N° ASS. SOC.	
ADRESSE (N°, RUE)	(VILLE)	(PROVINCE)	CODE
SECTION	DATE DE NAISSANCE	ÂGE	

PREUVES D'ASSURABILITÉ

- Au cours des 3 dernières années, avez-vous été traité ou conseillé d'être traité pour un problème relié à la consommation de boissons alcooliques, de médicaments, de drogues ou de substances toxiques ? Oui Non
- Au cours des 3 dernières années, avez-vous été diagnostiqué ou traité pour l'une des affections suivantes : crise cardiaque, maladie du cœur, haute pression, accident vasculaire cérébral (ACV), cancer, sclérose en plaque, diabète traité à l'insuline, épilepsie, maladie rénale, SIDA ou infection au VIH (virus d'immunodéficience humaine), fibrose kystique, ischémie cérébrale transitoire (ICT), maladie mentale, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, trouble hépatite, maladie de Crohn, colite ulcéreuse ? Oui Non
- Au cours des 3 dernières années, avez-vous été hospitalisé plus de vingt-quatre (24) heures à cause d'une chirurgie majeure (autre que la césarienne) ou d'une maladie dont vous subissez encore des séquelles ? Oui Non

Si vous répondez **oui** à l'une des questions 1, 2 ou 3, vous n'êtes pas admissible à l'assurance.

Je déclare ne pas être hospitalisé, ni atteint d'une maladie en phase terminale.

Voir au verso
 révocable
 irrévocable

BÉNÉFICIAIRE :

BÉNÉFICIAIRE : Si le bénéficiaire est **irrévocable**, cela signifie que cette personne doit fournir son approbation par écrit dans le cas où vous souhaitez changer le nom du bénéficiaire. Cependant, l'approbation du bénéficiaire n'est pas requise si sa désignation est **révocable**.

Carte de membre _____ \$	Taux _____ \$	Prime accident _____ \$	Taxe : _____ \$	Total : _____ \$
--------------------------	---------------	-------------------------	-----------------	------------------

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Je déclare que les réponses ci-dessus sont exactes, complètes et véridiques. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance et de la participation au Service d'Entraide. Je m'engage à me conformer aux règlements du Service d'Entraide de la Société. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Guide de distribution, conformément à la loi sur la distribution de produits et service financier et de l'avis relatif à la constitution d'un dossier personnel. Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. Dans l'éventualité où il serait révoqué, l'assurance prendra automatiquement fin. J'autorise Humania Assurance à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale aux fins fiscales et 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 du recruteur

ESPACE RÉSERVÉ À LA DIOCÉSAINES DE VALLEYFIELD

Date d'approbation	Par	Remarques
--------------------	-----	-----------

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

Les renseignements personnels que la Société Saint-Jean-Baptiste du diocèse de Valleyfield 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 diocèse de Valleyfield 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 diocèse de Valleyfield, 111, rue Ellice, Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 1E7.
- Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8.

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.

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