



# Société Saint-Jean-Baptiste Richelieu / Yamaska

515, rue Robert, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4L7 • Tél. : 450 773-8535  
• Sans frais : 1 888 773-8535 • Télécopieur : 450 773-8262 • Courriel : ssjb@maskatel.net



## DEMANDE D'ADHÉSION - INDÉPENDANCE - VIE

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'assurance pour une protection de :

Nouvelle adhésion

Ajout

N°

Plan A - 1 000 \$ à 25 000 \$

Plan B (60 à 65) - 1 000 \$ à 10 000 \$

\$ protection demandée

\$ protection demandée

DA (décès accidentel)

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 coeur, 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 maniacodépressive, 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.

BÉNÉFICIAIRE : Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  révocable  irrévocable

BÉNÉFICIAIRE : Au Québec à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocable s'il est le conjoint lié par le mariage ou l'union civil et révocable dans les autres cas.

Cotisation à la SSJB et administration :	\$	Coût du Service d'assurance :	\$	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'assurance. Je m'engage à me conformer aux règlements du Service d'assurance de la Société. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du guide de distribution conformément à la loi sur la distribution des produits et services financiers 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 \_\_\_\_\_

## CONFIRMATION ET PREUVE D'ASSURANCE

Si vous remplissez les conditions d'admissibilité à l'assurance et que vous payez la prime requise, vous êtes assuré et votre demande d'adhésion complétée constitue votre attestation d'assurance.

## RECOMMANDATION PAR LA SOCIÉTÉ SAINT-JEAN-BAPTISTE RICHELIEU / YAMASKA

Date	Par coordonnateur
------	-------------------

## **AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL**

Les renseignements personnels qu'Humania Assurance détient ou détiendra 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 ou 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 une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Saint-Hyacinthe.