DEMANDE D'ADMISSION

DOSSIER DE SERVICES FINANCIERS D'ASSURANCES, DE RENTES, DE CRÉDIT ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

Société Saint-Jean-Baptiste de Montréal

82, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H2X 1X3
Tél. : 514 849-2233 • Courriel : gblouin@ssjb.com
Service d'entraide, produit d'assurance vie collective à prime nivelée - Contrat nos 17261

HUMANIA ASSURANCE MD®

CE FORMULAIRE CONSTITUE VOTRE ATTESTATION D'ASSURANCE

Numéro de membre

IDENTIFICATION - Veuillez écrire en lettres majuscules

Nom de l'adhérent	Prénom	Sexe ❑ M ❑ F	Date de naissance A M J	Numéro d'assurance sociale (facultatif)

Adresse - N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

Nos de téléphone	Résidence : ( )	Travail : ( )

Nom des enfants à charge (14 jours à 15 ans)	Prénom	Date de naissance A	M	J	Sexe
1					❑ M ❑ F
2					❑ M ❑ F
3					❑ M ❑ F
4					❑ M ❑ F

PROTECTIONS DEMANDÉES - Le montant maximum total est de 25 000 $ pour le membre et de 10 000 $ pour un enfant à charge, par tranches de 1 000 $

	Montant		Montant additionnel
❑ **Nouveau membre**	_____ $	❑ **Déjà membre**	_____ $
❑ Enfant à charge 1	_____	❑ Enfant à charge 1	_____
❑ Enfant à charge 2	_____	❑ Enfant à charge 2	_____
❑ Enfant à charge 3	_____	❑ Enfant à charge 3	_____
❑ Enfant à charge 4	_____	❑ Enfant à charge 4	_____

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Nom, prénom	Date de naissance A M J	Lien avec l'adhérent	Veuillez cocher (voir au verso)
			❑ Révocable ❑ Irrévocable
			❑ Révocable ❑ Irrévocable

QUESTIONS RELATIVES À L'ÉTAT DE SANTÉ

Est-ce que la personne à assurer :	Adhérent	Enfant à ch. 1	Enfant à ch. 2	Enfant à ch. 3	Enfant à ch. 4
1. a déjà eu une demande d'assurance refusée ou modifiée par un assureur ?	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non
2. est confinée au lit ou a besoin d'aide pour accomplir les activités quotidiennes normales d'une personne du même âge (se nourrir, se vêtir, se déplacer, se laver ou aller aux toilettes) ?	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non
3. a séjourné, au cours des 5 dernières années, dans un hôpital ou un autre établissement de santé ou de réhabilitation, pour une période de plus de 72 heures (sauf un accouchement) ?	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non
4. au cours des 5 dernières années, a souffert, a été traitée, a consulté ou a éprouvé des symptômes pour des problèmes cardiaques, un accident cérébrovasculaire, un coma diabétique, une tumeur maligne ou un cancer, la maladie d'Alzheimer, de l'insuffisance rénale ou respiratoire, de l'emphysème pulmonaire, une cirrhose du foie, une hépatite, une infection au VIH, de l'alcoolisme, un abus de drogue ou une déficience intellectuelle ?	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non
5. prévoit être hospitalisée ou subir une intervention chirurgicale dans les prochains 12 mois ? Si oui, soumettre une demande après le rétablissement s'il y a lieu.	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non	❑ Oui ❑ Non

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 admissible 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 Montréal. 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.

J'autorise Humania Assurance à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins administratives : ❑ Oui ❑ Non

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

Signature de l'adhérent âgé de 15 ans ou plus _____

_____ _____

Si l'adhérent a moins de 15 ans, signature de la mère, du père ou du tuteur — Nom de la mère, du père ou du tuteur (En lettre majuscules)

_____ _____ _____

Acompte requis — Signature du représentant de la Société — Date

Copie blanche : à la Société Saint-Jean-Baptiste de Montréal - Copie jaune : à l'adhérent

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Humania Assurance traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Humania Assurance conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés 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 la protection des renseignements personnels
Humania Assurance Inc.
1555, rue Girouard Ouest
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

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 Montréal 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 Montréal. 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 de Montréal. 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

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 peu**t être changée sans son consentement.

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.