

REMISE EN VIGUEUR – ASSURANCE INDIVIDUELLE

SSQ Groupe
financier

Les valeurs à la bonne place

SSQ, Société d'assurance inc., 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9



Instructions aux conseillers

Veuillez remplir ce formulaire pour demander une remise en vigueur. Des frais de 25 \$ sont applicables pour la remise en vigueur d'un contrat d'assurance vie universelle.

Si le contrat comporte plus de deux assurés, veuillez remplir un second formulaire.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la section M de ce formulaire.

Pour effectuer une modification de contrat ou une remise en vigueur sur des produits d'assurance accident / maladie, veuillez remplir le formulaire approprié, soit le formulaire de modification de contrat Horizon Santé (FIND0040F) et/ou le formulaire de modification de contrat AcciGarde (FIND0039F).

A – Informations générales

N° de contrat _____

Assuré 1

Prénom et nom _____

Profession et nombre d'années de service (employeur actuel)

_____ \$

Revenu annuel brut

Adresse (No. civique, rue)

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Propriétaire 1 (à remplir s'il y a un changement d'adresse)

Prénom et nom _____

Adresse (No. civique, rue)

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Assuré 2

Prénom et nom _____

Profession et nombre d'années de service (employeur actuel)

_____ \$

Revenu annuel brut

Adresse (No. civique, rue)

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

Propriétaire 2 (à remplir s'il y a un changement d'adresse)

Même adresse que pour Propriétaire 1

Prénom et nom _____

Adresse (No. civique, rue)

Ville _____ Province _____

Code postal _____ Téléphone _____

B – Assurance individuelle en vigueur

Si vous manquez d'espace, utilisez la section F.

1. Avez-vous de l'assurance individuelle en vigueur? **Assuré 1** : NON OUI → Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.
Assuré 2 : NON OUI → Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Assuré N° ou propriétaire	Nom de la compagnie	Montant	Type (Vie, Invalidité, Maladies Graves)	Année	But de l'assurance	
					Personnel	Affaires
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Avez-vous une autre proposition à l'étude ou soumise auprès d'autres compagnies au cours des six (6) derniers mois?
 Dans l'affirmative, fournissez le nom de la compagnie, le montant total d'assurance qui sera mis en vigueur et s'il s'agit d'une assurance vie, maladies graves ou invalidité.

Assuré 1		Assuré 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Vous a-t-on refusé, supprimé, modifié ou remis à plus tard une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur?

Dans l'affirmative, donnez la date et les raisons.

Assuré 1		Assuré 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si assurance pour enfant :

a) indiquer le montant total d'assurance en vigueur sur la tête du(des) parent(s) _____ \$

b) préciser s'il y a d'autres enfants et si oui, indiquer le montant d'assurance sur la tête de chacun d'eux. _____ \$

C – But de l'assurance

C1 – Assurance personnelle

Protection du revenu / prêts Protection de la succession Dons de charité

C2 – Assurance commerciale

1. Statut juridique de l'entreprise

Propriétaire unique Société Personne morale Autre (précisez) : _____

2. But de l'assurance

Achat / vente Protection personne-clé Garantie d'emprunt (précisez le montant : _____ \$) Planification successorale Autre (précisez au no. 7)

3. Informations financières de l'entreprise des deux (2) dernières années :

Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
Actif :	_____ \$	Actif :	_____ \$
Passif :	_____ \$	Passif :	_____ \$
Bénéfice net :	_____ \$	Bénéfice net :	_____ \$
Avoir des actionnaires :	_____ \$	Avoir des actionnaires :	_____ \$
Valeur marchande :	_____ \$	Valeur marchande :	_____ \$

4. Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque actionnaire.

Indiquer le nom, le titre, le % des parts ainsi que le montant d'assurance en vigueur et en suspens pour chaque actionnaire dans l'entreprise.

Nom	Titre	% des parts	Assurance en vigueur (affaires)	Assurance en suspens (affaires)
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

5. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____

6. Si les associés ne sont pas assurés pour le même montant, veuillez fournir les raisons ci-après.

7. Remarques

D – Antécédents personnels Cette section doit être remplie en tout temps pour chaque assuré.

Fournir les détails des réponses affirmatives à la section F. Si les questions 2, 3, 5, 6 et 8 ont été répondues par l'affirmative (oui), le questionnaire supplémentaire correspondant doit être rempli.	Assuré 1		Assuré 2																									
	Oui	Non	Oui	Non																								
1. Avez-vous déjà été absent du travail, touché des prestations d'invalidité ou des avantages quelconques à la suite d'un accident ou d'une maladie? Dans l'affirmative, donner la date, la raison et la durée. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
2. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué ou avez-vous l'intention de pratiquer des activités telles que course automobile, course de bateau à moteur, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme, bungee ou tout autre sport dangereux? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
3. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous effectué des vols ou avez-vous l'intention de faire de l'aviation en tant que pilote, élève pilote ou membre de l'équipage? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire relatif à l'aviation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
4. a) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route, et/ou votre permis a-t-il été suspendu? Dans l'affirmative, donner les dates et les détails. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
b) Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, refusé de passer le test d'ivresse et/ou votre permis a-t-il été suspendu pour l'une de ces raisons? Dans l'affirmative, donner les dates et les détails pertinents. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
5. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, donner le genre et le nombre de consommations par semaine (1 consommation = 1 verre de vin (5 onces) ou 1 bière (12 onces) ou 1,5 onces de spiritueux). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
b) Avez-vous déjà consommé plus de boissons alcoolisées dans le passé? Dans l'affirmative, donner le genre, le nombre de consommations par semaine, ainsi que la date du changement de vos habitudes (1 consommation = 1 verre de vin (5 onces) ou 1 bière (12 onces) ou 1,5 onces de spiritueux). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Si vous avez répondu « OUI » aux questions 5 a) ou 5 b), veuillez répondre à la question 5 c) ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
c) Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement pour abus d'alcool ou avez-vous été conseillé à ce sujet? Dans l'affirmative, donner la date, le traitement, le résultat et remplir le questionnaire sur l'usage de boissons alcooliques. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
6. a) Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues telles que marijuana, LSD, cocaïne, héroïne ou d'autres narcotiques? Dans l'affirmative, remplir le tableau suivant et répondre à la question 6b) ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom de l'assuré</th> <th>Genre</th> <th>Quantité</th> <th>Fréquence</th> <th colspan="2">Dates d'usage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>du</td> <td>au</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>du</td> <td>au</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>du</td> <td>au</td> </tr> </tbody> </table>					Nom de l'assuré	Genre	Quantité	Fréquence	Dates d'usage						du	au					du	au					du	au
Nom de l'assuré	Genre	Quantité	Fréquence	Dates d'usage																								
				du	au																							
				du	au																							
				du	au																							
b) Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement pour abus de drogue ou avez-vous été conseillé à ce sujet? Dans l'affirmative, donner la date, le traitement, le résultat et remplir le questionnaire sur l'usage de drogues. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
7. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une offense criminelle? Dans l'affirmative, fournir la date, les circonstances, le(s) chef(s) d'accusation et la sentence (date du début et fin de probation s'il y a lieu). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
8. a) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, préciser l'endroit, la date et la durée. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
b) Avez-vous l'intention dans les deux (2) prochaines années de voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire relatif aux voyages et résidence à l'étranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
9. Est-ce que la personne à assurer a déclaré faillite au cours des trois (3) dernières années? <input type="checkbox"/> Faillite personnelle <input type="checkbox"/> Faillite professionnelle / commerciale Montant : _____ \$ Dans l'affirmative, fournir la date de déclaration et la date de libération. Date de déclaration : A A A A M M J J Date de libération : A A A A M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

E – Antécédents médicaux À remplir pour chaque adulte, et chaque enfant pour tout produit autre que l’Avenant Jeunesse Plus et l’Avenant Juvénile.

Assuré 1

1. a) Taille _____ PI Poids _____ LB b) Perte de poids depuis les 12 derniers mois? **Perte** : Non Oui Combien? _____
 _____ M _____ KG Précisez la ou les raisons pouvant expliquer cette variation : _____
- c) Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin habituel : _____
- d) Date, raison et résultat de la dernière consultation : _____
- e) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____
- f) Tests spéciaux subis? Résultats? _____
- g) Examens futurs recommandés? _____
- h) Traitement donné et/ou médicaments prescrits? _____

Assuré 2

1. a) Taille _____ PI Poids _____ LB b) Perte de poids depuis les 12 derniers mois? **Perte** : Non Oui Combien? _____
 _____ M _____ KG Précisez la ou les raisons pouvant expliquer cette variation : _____
- c) Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin habituel : _____
- d) Date, raison et résultat de la dernière consultation : _____
- e) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____
- f) Tests spéciaux subis? Résultats? _____
- g) Examens futurs recommandés? _____
- h) Traitement donné et/ou médicaments prescrits? _____

Pour les questions 2 à 6, fournir les détails des réponses affirmatives à la section F. De plus, pour chaque réponse affirmative à la question 2, encercler la (les) maladie(s) et préciser, incluant les dates, le diagnostic, les examens, les consultations, les médicaments prescrits, les traitements, les résultats, le nom des médecins traitants et les hôpitaux consultés.

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous déjà été traité, présenté des symptômes, ou été diagnostiqué pour l’un ou l’autre des troubles ou des affections suivantes?				
a) système cardiovasculaire : douleurs thoraciques, hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, souffle cardiaque, crise cardiaque, angine, palpitations, fièvre rhumatismale, maladies vasculaires périphériques, caillots sanguins, accident ischémique transitoire, vasculaire cérébrale ou neurologique, ou tout autre trouble du cœur ou circulatoire, incluant AVC ou toute autre chirurgie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, fibrose kystique, apnée du sommeil, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, essoufflement, toux chronique et persistante ou tout autre trouble respiratoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) système digestif : ulcères, colite, saignement, polypes ou tout autre trouble de l’estomac, du pancréas, du foie tels que hépatite et cirrhose ou de l’appareil intestinal tels que diarrhée chronique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) système génito-urinaire : sucre, albumine, sang ou pus dans les urines, calculs ou trouble des reins tels que l’insuffisance rénale, trouble des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs, infections transmises sexuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) système neurologique : perte de conscience ou d’équilibre, migraine, convulsions, épilepsie, engourdissements, sclérose en plaques, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique, faiblesse des extrémités, perte de sensation, perte de mémoire, maladie d’Alzheimer, maladie de Parkinson, affection du motoneurone, des yeux ou des oreilles telle qu’étourdissement, névrite optique, paralysie ou toute autre affection touchant le cerveau ou la moelle épinière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) système endocrinien : diabète, anémie, leucémie, trouble de la thyroïde, de l’hypophyse ou des seins, glandes hypertrophiées, infection inexpliquée, trouble de la peau ou toute forme d’affection endocrinienne, glandulaire ou maladie maligne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) système musculosquelettique : lombalgie, discopathie telle que hernie discale, rhumatisme, ou toute autre affection des muscles, des os, des ligaments ou des cartilages telle que l’arthrite, amputation, blessure, douleur, fibromyalgie ou troubles du cou, de la colonne vertébrale, le dos et les articulations, retard dans le développement physique, dystrophie musculaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) système immunitaire : syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS), VIH positif ou toute autre déficience du système immunitaire, subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d’anticorps au virus du SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) système nerveux : dépression, anxiété, fatigue, insomnie, tentative de suicide, idée suicidaire, épuisement professionnel (burn-out), trouble alimentaire, TDAH, schizophrénie ou tout autre trouble mental ou nerveux, retard de développement mental, autisme, paralysie cérébrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) autres affections : cancer, tumeurs, kyste, nodule, polype, goutte, trisomie 21, maladie de Behçet ou toute autre maladie héréditaire, tout autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
3. Prenez-vous des médicaments actuellement ? Dans l'affirmative, préciser le nom, la posologie ainsi que la date du début du traitement. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous connaissance de quelque symptôme, signe ou malaise pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin, reçu un traitement ou été avisé de subir des tests ou opération qui n'auraient pas encore été faits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été patient dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical? Dans l'affirmative, préciser lequel, donner les dates, les raisons et les résultats. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous subi une radiographie, un électrocardiogramme ou des examens de laboratoire, biopsie, test d'imagerie par résonance magnétique ou tout autre examen à des fins diagnostiques? Dans l'affirmative, préciser les dates, les raisons et les résultats de ces tests. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté un chiropraticien, physiothérapeute, psychologue, audiologiste, ergothérapeute, ostéopathe ou podiatre? Dans l'affirmative, donner les dates, les raisons et les résultats des consultations. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pour femmes seulement : êtes-vous enceinte présentement? Dans l'affirmative, préciser le nombre de semaines de grossesse, votre poids avant la grossesse et votre gain depuis la grossesse. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Un ou des membres de votre famille, soit père, mère (et grands-parents si le père ou la mère a moins de 40 ans), frère ou sœur a-t-il souffert de l'une des maladies suivantes : maladie cardiaque, accident ischémique transitoire ou cérébral vasculaire, cancer (spécifiez le type), diabète, maladie rénale ou mentale, alcoolisme, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique, affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou quelque autre maladie héréditaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, remplir le tableau suivant :

Nom de l'assuré	Lien de parenté	Condition	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant cigarettes, cigarillos (petits cigares), cigares, pipe, tabac à chiquer ou à priser, shisha, noix de bétel, gomme à mâcher Nicorette, cigarette électronique ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine? Si OUI, préciser le type, la quantité par jour et la date de la dernière utilisation.	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'assuré	Type	Quantité par jour	Date de la dernière utilisation
			A A A A M M J J
			A A A A M M J J
			A A A A M M J J
			A A A A M M J J

G – Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile

Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.

Prénom et nom _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 M F

Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ Taille _____ PI M Poids _____ LB KG

Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ Adresse _____ Date de la dernière consultation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

Assurance en vigueur (vie / maladie grave) _____ Nom de la compagnie _____ Capital assuré \$ _____ Date d'émission _____

Prénom et nom _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 M F

Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ Taille _____ PI M Poids _____ LB KG

Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ Adresse _____ Date de la dernière consultation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

Assurance en vigueur (vie / maladie grave) _____ Nom de la compagnie _____ Capital assuré \$ _____ Date d'émission _____

Prénom et nom _____ Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 M F

Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ Taille _____ PI M Poids _____ LB KG

Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ Adresse _____ Date de la dernière consultation

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés s'il y a lieu.

Assurance en vigueur (vie / maladie grave) _____ Nom de la compagnie _____ Capital assuré \$ _____ Date d'émission _____

	Oui	Non	Dans l'affirmative, inscrire le(s) prénom(s) de (des) enfant(s) et détailler
1. L'un ou l'autre des enfants à être assurés :			
a) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'une malformation congénitale ou de maladie héréditaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre maladie ou affection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) s'est-il fait refuser, surprimer ou différer une proposition d'assurance vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Tous les enfants à être assurés sont-ils présentement en bonne santé et exempts de toute maladie ou incapacité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dans la négative, inscrire le(s) prénom(s) de (des) enfant(s) et détailler

Si l'Avenant Juvénile est demandé, veuillez aussi remplir le « Questionnaire maladies graves – Enfants ».

H – Avenant en cas d'invalidité (Tempo Plus et Assurance prêts seulement)

- Le montant de l'indemnité mensuelle demandé doit être déterminé selon l'analyse des besoins en fonction des prêts et mensualités admissibles. Le montant payable en cas d'invalidité totale au moment d'une réclamation pourrait s'avérer différent du montant demandé, tel qu'indiqué à la section J (article 5).
- Certaines occupations ne sont pas admissibles. Veuillez consulter la *Liste des occupations non admissibles* dans la section Tempo Plus de la bibliothèque du logiciel d'illustration. Il est à noter qu'un(e) conjoint(e) en congé parental doit avoir une occupation habituelle admissible selon nos critères afin d'être éligible au montant maximum de 1 000 \$.

	Assuré 1	Assuré 2
1. Conditions d'admissibilité		
a) Êtes-vous un(e) conjoint(e) au foyer? Si OUI, montant maximum de 1 000 \$ et durée de 2 ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Êtes-vous un(e) conjoint(e) en congé parental? Si OUI, montant maximum de 1 000 \$ et durée de 2 ans.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Travaillez-vous présentement au moins 21 heures par semaine? Si NON, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Avez-vous travaillé 8 mois ou plus au cours des 12 derniers mois à raison d'au moins 21 heures par semaine? Si NON, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Travail à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients) Quel pourcentage de votre temps travaillez-vous à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients)?	_____ %	_____ %
3. Besoin d'assurance (tel que déterminé selon l'analyse des besoins)	\$ / mois	\$ / mois
4. Montant demandé (min. 300 \$, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 \$)	\$ / mois	\$ / mois
5. Durée	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans
6. a) Est-ce que les prêts pour lesquels l'assurance invalidité est demandée sont déjà couverts par une assurance invalidité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Sont-ils couverts par une assurance crédit invalidité collective offerte par une banque, caisse ou autre institution prêteuse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Si OUI, est-ce que cette assurance sera remplacée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

I – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

(applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à SSQ, Société d'assurance inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration sont incomplets ou inexacts (ex. changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada et les États-Unis, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité

La Déclaration de résidence pour fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous : <input type="checkbox"/> Je suis un résident ou une résidente du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident ou une résidente d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire.	Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous : <input type="checkbox"/> Je suis un résident ou une résidente du Canada aux fins de l'impôt <input type="checkbox"/> Je suis un résident ou une résidente d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire <i>Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu</i> (FRA1737F) est obligatoire.

J – Identité du(des) propriétaire(s)

(applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

Cette section doit être complétée par le conseiller en sécurité financière / représentant. Dans le cas où celui-ci n'est pas présent, ne pas remplir cette section.

Le conseiller en sécurité financière / représentant doit :

- vérifier l'identité de chaque propriétaire, tel que requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi);
- examiner le document applicable pour cette personne (le document doit être une pièce d'identité avec photo délivrée par un gouvernement). Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance-maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. Dans les provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard, l'utilisation d'une carte d'assurance-maladie est interdite à des fins d'identification;
- indiquer, pour chaque propriétaire, le type de document, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité ne doit pas être périmé. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché, veuillez préciser le type de document qui a été vérifié.

Propriétaire 1	Propriétaire 2																
Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)	Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)																
Activité ou profession détaillée	Activité ou profession détaillée																
Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)?	Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)?																
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																
Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.	Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.																
<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo	<input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo																
<input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) : _____																
Numéro du document Territoire de compétence	Numéro du document Territoire de compétence																
<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J										
A	A	A	A	M	M	J	J										
Date d'expiration du document NAS*	Date d'expiration du document NAS*																

* Numéro d'assurance sociale (NAS) nécessaire pour fins fiscales (applicable aux produits d'assurance vie entière et vie universelle); non requis lorsque le propriétaire est une personne morale (corporation) ou autre type d'entité.

K – Détermination de l'existence d'un tiers

Est-ce que le payeur des primes est différent du(des) propriétaire(s)? Oui Non

Existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat ou est-ce qu'un tiers aura l'usage de et/ou accès à la valeur du contrat? Oui Non

Si OUI, veuillez indiquer les renseignements sur le payeur des primes et/ou le tiers ci-dessous :

Identification du tiers (si applicable)

_____	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J		
Nom du tiers	Date de naissance du tiers								

Adresse du tiers									

Activité principale ou profession du tiers	Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)								
Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité :									

Numéro d'entreprise	Lieu de délivrance du certificat de constitution								

L – Paiement des primes

L1 – Informations générales

Montant total de la prime pour cette demande de remise en vigueur : _____ \$

Méthode de paiement

S'il y a plus de six (6) primes mensuelles arriérées, la seule méthode de paiement acceptée est par chèque (à l'ordre de SSQ, Société d'assurance inc.).

Chèque ci-joint au montant de _____ \$ Date du chèque | A | A | A | A | M | M | J | J |

Encaissement à la réception de cette demande de remise en vigueur. La remise en vigueur prend effet à la date d'acceptation de la demande par SSQ, Société d'assurance inc.

Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la section A de ce formulaire

Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (remplir la section L2 et joindre un chèque spécimen)

L2 – Accord de débits préautorisés (DPA)

1. J'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
2. Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser SSQ, Société d'assurance inc. avant la date dudit renouvellement.
3. Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
4. Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, SSQ, Société d'assurance inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
5. J'accepte de signaler par lettre à SSQ, Société d'assurance inc., tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
6. Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans le présent formulaire de *Remise en vigueur* ou le jour ouvrable suivant.
7. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
8. **J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**

9. Dans le cas où je demande à SSQ, Société d'assurance inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
10. Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à SSQ, Société d'assurance inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
11. Je comprends que SSQ, Société d'assurance inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
12. Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec SSQ, Société d'assurance inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par SSQ, Société d'assurance inc.
13. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

SSQ, Société d'assurance inc.

Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».



Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

Succursale

Numéro de l'institution financière

Numéro de compte

Autorisation bancaire

S'agit-il d'un compte conjoint? Oui Non

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
(en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |
Date

M – Signatures

Les soussignés :

1. Convient qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou d'un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance inc. ou agissant en son nom. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie du présent formulaire de *Remise en vigueur* et que ces renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance inc. Les soussignés conviennent également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement SSQ, Société d'assurance inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
2. Convient que toute information qu'ils ont divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, leurs antécédents médicaux et leur état de santé, sera réputée faire partie du présent formulaire de *Remise en vigueur* et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance inc. Les soussignés conviennent que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par SSQ, Société d'assurance inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
3. Convient que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
4. Autorisent tout professionnel de la santé, hôpital ou établissement de santé ou de services sociaux privé ou public, toute compagnie d'assurances, tout réassureur ou toute autre institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements à leur sujet ou sur leur état de santé à les communiquer à SSQ, Société d'assurance inc. ou à ses réassureurs, lesquels renseignements seront traités confidentiellement et consignés au dossier mentionné à l'*Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels* qu'ils ont lu.
5. Convient que, dans le produit Tempo Plus et Assurance prêts, le montant de la prestation payable en cas d'invalidité totale sera en fonction du montant des mensualités admissibles du ou des prêts admissibles en vigueur au moment de l'invalidité totale, et ce peu importe le montant mensuel souscrit dans le présent formulaire de *Remise en vigueur*. La prestation payable n'excédera pas le montant mensuel souscrit dans le présent formulaire de *Remise en vigueur*, sous réserve des modalités du contrat. Si aucune mensualité admissible n'est en vigueur au moment de l'invalidité totale, les soussignés conviennent que la responsabilité de SSQ, Société d'assurance inc. se limitera au remboursement des primes perçues depuis l'acquittement du ou des prêts, étant entendu que ce remboursement n'excédera pas une période de dix-huit (18) mois précédant la demande de prestation en cas d'invalidité totale.
6. Autorisent SSQ, Société d'assurance inc. et ses réassureurs aux fins de la sélection, de l'appréciation des risques, de l'établissement de la prime, de l'administration de l'assurance et du règlement des sinistres seulement : à recueillir, retenir et échanger uniquement les renseignements nécessaires selon l'objet du dossier auprès de toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à leur sujet, y compris toute autre compagnie d'assurances, tout médecin ou institution médicale, le MIB Inc., toute agence d'évaluation de crédit ou d'enquête et toute personne physique ou morale susceptible de posséder des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier, à divulguer uniquement les renseignements personnels requis qu'elle possède sur eux auxdites personnes physiques ou morales et à demander sur eux un rapport d'enquête. La présente autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée. Les soussignés ont lu les *Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)* relatifs au MIB Inc. et aux dossiers et renseignements personnels et comprennent que les renseignements seront traités confidentiellement et consignés dans le dossier de l'assuré mentionné dans ces derniers avis.
7. Autorisent SSQ, Société d'assurance inc., lorsque la Loi l'exige, à vérifier votre identité à l'aide d'un produit d'identification indépendant et fiable et/ou de toute autre méthode prévue par la Loi;
8. Déclarent que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt sont exacts et complets et s'engagent à fournir à SSQ, Société d'assurance inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.
9. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie du présent formulaire de *Remise en vigueur* auprès de SSQ, Société d'assurance inc. Le présent formulaire de *Remise en vigueur* est réputé faire partie du contrat d'assurance conclu entre le(s) propriétaire(s) et SSQ, Société d'assurance inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues d'elles et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Signée à (ville et province) Date

X

Signature de l'assuré 1

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'assuré mineur (assurance enfant)

X

Signature du propriétaire 1 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

X

Signature de l'assuré 2

X

Signature du propriétaire 2 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

Si le propriétaire est une personne morale ou autre entité :

Nom et titre du signataire autorisé

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

X

Signature

N – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

N1 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de ce formulaire ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

N2 – Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document « Communication de renseignements concernant les conseillers » au(x) propriétaire(s) lequ(e)l l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement ;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave ;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs ; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où ce formulaire de *Remise en vigueur* a été signé.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans ce formulaire de *Remise en vigueur* sont exacts.

Vérification de l'identité du(des) propriétaire(s)

(assurance vie entière et assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi) ainsi qu'à ses règlements, j'ai vérifié l'identité des personnes qui ont apposé leur signature dans ce formulaire *Remise en vigueur* en qualité de propriétaire(s), en examinant tous les documents originaux fournis et en rencontrant le(s) propriétaire(s) pour remplir la présente proposition.

Nom du conseiller en sécurité financière / représentant (en caractères d'imprimerie)

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

X

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au MIB Inc.

Les renseignements relatifs à chaque personne à assurer seront traités confidentiellement et seront consignés dans le dossier mentionné à l'Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels. Cependant, SSQ, Société d'assurance inc. ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à MIB Inc., un organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave auprès d'une compagnie membre du MIB Inc., ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le MIB Inc. fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse du MIB Inc. :

MIB Inc., 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, téléphone : (416) 597-0590.

SSQ, Société d'assurance inc. ou ses réassureurs pourront eux aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités. La signature de la clause d'autorisation vaut consentement de la part des assurés pour la communication des renseignements au MIB Inc.

Vous pouvez obtenir de l'information concernant MIB Inc. en consultant leur site Internet au : www.mib.com.

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des demandes de remise en vigueur, toutes les compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance inc. avise les assurés que tous les renseignements recueillis auprès de ceux-ci ou auprès de tiers, tel que mentionné dans le présent formulaire de **Remise en vigueur** pour apprécier les risques, l'établissement de la prime et les réclamations, sont versés dans un dossier dont l'objet est « Assurances de personnes ». Seuls les préposés, mandataires ou agents de SSQ, Société d'assurance inc. et les personnes autorisées par l'assuré ont accès à ce dossier lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions, l'exécution de leurs mandats ou pour des fins autorisées par l'assuré. Ce dossier est détenu au bureau de SSQ, Société d'assurance inc. L'assuré a le droit d'avoir accès aux renseignements personnels qui y sont contenus et le cas échéant, de les faire rectifier. Pour se prévaloir de son droit d'accès ou de rectification, l'assuré doit transmettre sa demande par écrit à SSQ, Société d'assurance inc. au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à l'attention du responsable de l'accès à l'information. La signature du formulaire d'autorisation à la fin du présent formulaire de **Remise en vigueur** vaut consentement des assurés à la susdite cueillette de renseignements qui seront consignés dans le dossier mentionné ci-dessus.

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au MIB Inc.

Les renseignements relatifs à chaque personne à assurer seront traités confidentiellement et seront consignés dans le dossier mentionné à l'Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels. Cependant, SSQ, Société d'assurance inc. ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à MIB Inc., un organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave auprès d'une compagnie membre du MIB Inc., ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le MIB Inc. fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse du MIB Inc. :

MIB Inc., 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, téléphone : (416) 597-0590.

SSQ, Société d'assurance inc. ou ses réassureurs pourront eux aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités. La signature de la clause d'autorisation vaut consentement de la part des assurés pour la communication des renseignements au MIB Inc.

Vous pouvez obtenir de l'information concernant MIB Inc. en consultant leur site Internet au : www.mib.com.

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des demandes de remise en vigueur, toutes les compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance inc. avise les assurés que tous les renseignements recueillis auprès de ceux-ci ou auprès de tiers, tel que mentionné dans le présent formulaire de **Remise en vigueur** pour apprécier les risques, l'établissement de la prime et les réclamations, sont versés dans un dossier dont l'objet est « Assurances de personnes ». Seuls les préposés, mandataires ou agents de SSQ, Société d'assurance inc. et les personnes autorisées par l'assuré ont accès à ce dossier lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions, l'exécution de leurs mandats ou pour des fins autorisées par l'assuré. Ce dossier est détenu au bureau de SSQ, Société d'assurance inc. L'assuré a le droit d'avoir accès aux renseignements personnels qui y sont contenus et le cas échéant, de les faire rectifier. Pour se prévaloir de son droit d'accès ou de rectification, l'assuré doit transmettre sa demande par écrit à SSQ, Société d'assurance inc. au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à l'attention du responsable de l'accès à l'information. La signature du formulaire d'autorisation à la fin du présent formulaire de **Remise en vigueur** vaut consentement des assurés à la susdite cueillette de renseignements qui seront consignés dans le dossier mentionné ci-dessus.

Autorisation

N° de contrat _____

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, le MIB Inc. ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi comprenant notamment des renseignements sur mon état de santé, mes antécédents médicaux, mon mode de vie, mes finances et ma réputation, à communiquer les renseignements à SSQ, Société d'assurance inc. et à ses réassureurs. J'autorise également mon assureur à échanger avec d'autres assureurs, conseillers en sécurité financière / représentants, institutions financières ou personnes que j'ai indiqués à titre de références, les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire de **Remise en vigueur** et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque et l'établissement de la prime ou lors d'une réclamation.

En cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession est expressément autorisé à communiquer à l'assureur, lorsque requis par ce dernier, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises. En outre, je permets à SSQ, Société d'assurance inc. d'obtenir des renseignements sur moi ou mon état de santé, j'accepte de me soumettre à toute épreuve ou test, incluant mais non limitativement des radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang et d'urine, que SSQ, Société d'assurance inc. peut exiger aux fins de tarification de ma demande de remise en vigueur. Par ailleurs, j'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au MIB Inc. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à inclure tous renseignements personnels contenus dans les dossiers qu'elle possède déjà ou ouvrira dans le futur. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la validité de l'original.

Note : veuillez compléter cette autorisation à l'encre bleue.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré		Date
_____	X	_____	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)		Date

Autorisation

N° de contrat _____

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, le MIB Inc. ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi comprenant notamment des renseignements sur mon état de santé, mes antécédents médicaux, mon mode de vie, mes finances et ma réputation, à communiquer les renseignements à SSQ, Société d'assurance inc. et à ses réassureurs. J'autorise également mon assureur à échanger avec d'autres assureurs, conseillers en sécurité financière / représentants, institutions financières ou personnes que j'ai indiqués à titre de références, les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire de **Remise en vigueur** et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque et l'établissement de la prime ou lors d'une réclamation.

En cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession est expressément autorisé à communiquer à l'assureur, lorsque requis par ce dernier, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises. En outre, je permets à SSQ, Société d'assurance inc. d'obtenir des renseignements sur moi ou mon état de santé, j'accepte de me soumettre à toute épreuve ou test, incluant mais non limitativement des radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang et d'urine, que SSQ, Société d'assurance inc. peut exiger aux fins de tarification de ma demande de remise en vigueur. Par ailleurs, j'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au MIB Inc. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance inc. à inclure tous renseignements personnels contenus dans les dossiers qu'elle possède déjà ou ouvrira dans le futur. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la validité de l'original.

Note : veuillez compléter cette autorisation à l'encre bleue.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré		Date
_____	X	_____	A A A A M M J J
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)		Date