Supplément à la proposition
Autorisation

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

NUMÉRO DE CONTRAT

N° DE LA PROPOSITION

AUTORISATION

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-vie 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 la présente proposition 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-vie 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-vie inc. peut exiger aux fins de tarification de ma proposition d'assurance. Par ailleurs, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie 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-vie inc. d'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.

Nom de l'assuré
(en caractères d'imprimerie)

X Signature de l'assuré

Date 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)

X Signature de la mère, du père ou du tuteur légal
(indiquer le lien avec l'assuré)

Date A A A A M M J J

NUMÉRO DE CONTRAT

N° DE LA PROPOSITION

AUTORISATION

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-vie 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 la présente proposition 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-vie 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-vie inc. peut exiger aux fins de tarification de ma proposition d'assurance. Par ailleurs, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie 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-vie inc. d'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.

Nom de l'assuré
(en caractères d'imprimerie)

X Signature de l'assuré

Date 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)

X Signature de la mère, du père ou du tuteur légal
(indiquer le lien avec l'assuré)

Date A A A A M M J J

VEUILLEZ JOINDRE CE FORMULAIRE À LA PROPOSITION.