

Informations générales	
Prénom de l'enfant	Nom de l'enfant
Date de naissance <div style="text-align: center;"> A A A A M M J J </div>	Numéro de proposition

	Oui	Non
1. Est-ce que l'enfant a déjà de l'assurance maladie grave en vigueur ou a-t-il une autre demande à l'étude ? Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous connaissance de symptômes, signes ou malaises pour lesquels l'enfant n'a pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un ou des membres de votre famille, soit père, mère, frère ou sœur a-t-il souffert de l'une des maladies suivantes : maladie cardiaque, ischémie cérébral transitoire (ICT), accident cérébral vasculaire (ACV), hypertension pulmonaire primaire, cancer (spécifiez le type), diabète, maladie rénale, maladie mentale ou neurologique, alcoolisme, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson ou toute autre maladie héréditaire ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Membre de la famille	Condition	Âge au début	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

	Oui	Non
4. L'enfant a-t-il déjà consulté un médecin ou eu un diagnostic pour l'une des maladies suivantes : maladie cardiaque, ischémie cérébral transitoire (ICT), accident cérébral vasculaire (ACV), hypertension pulmonaire primaire, cancer (spécifiez le type), diabète, maladie rénale, maladie mentale ou neurologique, alcoolisme, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, autisme, paralysie cérébrale, trisomie 21, fibrose kystique, cécité, surdité ou toute autre maladie héréditaire ou retard dans le développement physique ou mental ? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfant	Condition	Âge au début	Âge actuel

J'atteste que les déclarations et réponses ci-dessus sont complètes et véridiques; il est entendu qu'elles font partie de ma proposition d'assurance pour maladie grave auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Je comprends que les maladies couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.

Signature du témoin	Signature de l'assuré
Nom du témoin	Date <div style="text-align: center;"> A A A A M M J J </div>