



Demande de changement au taux non-fumeur

Version : Mai 2021

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

Instructions aux conseillers

Veillez remplir ce formulaire pour demander un changement au taux non-fumeur. Des frais de 25 \$ sont applicables pour un changement au taux non-fumeur d'un contrat d'assurance vie universelle.

Si la demande est pour un contrat dernier décès, chaque assuré doit répondre à ce questionnaire.

Veillez noter qu'une analyse d'urine est requise pour les montants de plus de 250 000 \$.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer ce formulaire.

Informations générales

Nom et prénom de l'assuré _____ | A | A | A | A | M | M | J | J | _____
 Date de naissance _____ Numéro du contrat _____

Nom du propriétaire si différent de l'assuré _____

	Oui	Non
1. Au cours des (12) derniers mois, 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, noix de bétel, shisha, gomme à mâcher Nicorette, cigarette électronique ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la réponse est non, veuillez indiquer la date de la dernière utilisation A A A A M M J J _____		
Depuis la date d'émission de votre contrat chez SSQ, Société d'assurance-vie inc. :		
2. Avez-vous présenté des symptômes ou été traité ou reçu un diagnostic pour l'un ou l'autre des troubles suivants : Troubles cardiaques, douleurs thoraciques, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral (ACV), diabète, cancer, tumeur, trouble gastro-intestinal, sclérose en plaques, paralysie, troubles des glandes lymphatiques, dépression, anxiété, burnout, idées suicidaires, trouble du sang, VIH, trouble de la vessie, des reins, de la prostate, ou toute autre maladie non mentionnée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous consulté un médecin pour une raison autre qu'un examen de routine, reçu des conseils médicaux, reçu un traitement médical, subi des tests médicaux à des fins de diagnostics ou pris des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Présentez-vous des symptômes, signes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Êtes-vous en attente d'un traitement, d'une consultation, d'une opération ou de tout autre test qui n'aurait pas encore été fait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu oui aux questions 2, 3, 4 et 5 ci-dessus, veuillez donner des détails.		

Trouble, malaises, tests ou investigation	Date	Durée	Résultats et état actuel	Nom du médecin traitant ou de l'établissement médical
	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			
	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			
	A A A A M M J J			
	A A A A M M J J			

6. Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues telles que cannabis (marijuana, haschisch, etc.), LSD, cocaïne, héroïne, amphétamine (speed), stéroïde anabolisant ou d'autres narcotiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.		
Genre	Fréquence	Dates d'usage
		du A A A A M M J J au A A A A M M J J
		du A A A A M M J J au A A A A M M J J
		du A A A A M M J J au A A A A M M J J

7. Taille : _____ pi m Poids actuel : _____ lb kg

Déclarations et autorisations

Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes, exactes, véridiques et à jour et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc., ses réassureurs, employés, mandataires et fournisseurs de services, aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de l'administration de l'assurance et de l'évaluation des demandes de règlement :

- à recueillir, retenir, échanger et utiliser 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'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 de ces derniers avis.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, agence d'évaluation de crédit, 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 le présent formulaire et à faire enquête auprès d'eux aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations.

Les autorisations ci-dessus sont valides pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles elles ont été demandées.

J'affirme avoir pris connaissance des deux avis ci-dessous relatifs à la protection des renseignements personnels et au MIB Inc. et y consens.

X

Signature du témoin

Nom du témoin

X

Signature du propriétaire - nécessaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré

X

Signature de l'assuré

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

Date

Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

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

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

Date