

## 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 ?  Si la réponse est non, veuillez indiquer la date de la dernière utilisation <span style="margin-left: 50px;">  A   A   A   A   M   M   J   J  </span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis la date d'émission de votre contrat chez SSQ Assurance :</b>		
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			

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 ?  Oui  Non

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 inc. ou SSQ, Société d'assurance vie inc. (ci-après appelées « SSQ Assurance »), 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 :

- a) à ne recueillir que les renseignements personnels nécessaires au traitement de mon dossier auprès des personnes physiques ou morales, ou de tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet, y compris notamment des médecins ou autres professionnels de la santé, des établissements médicaux, le MIB Inc., des assureurs ou réassureurs et toute agence d'évaluation du crédit ou d'investigation; et
- b) à ne communiquer que les renseignements personnels nécessaires au traitement de mon dossier qu'elle possède à mon sujet à ces mêmes personnes ou organismes.

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, établissement médical, hôpital, clinique, assureur ou réassureur, agence d'évaluation du crédit ou d'investigation, le MIB Inc., mon employeur ou ex-employeurs ou tout autre organisme ou institution détenant des renseignements personnels à mon sujet à fournir ces renseignements à SSQ Assurance et à ses réassureurs.

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 de l'assuré

**X**

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

---

## Ces avis doivent être remis à l'assuré

### Avis relatif à la protection des renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ Assurance constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement.

L'accès à votre dossier est réservé aux seuls employés, mandataires, fournisseurs de services et réassureurs de SSQ Assurance qui doivent consulter votre dossier à des fins de gestion du contrat d'assurance, de sélection des risques, d'enquêtes et de traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à toute personne autorisée par vous.

Votre dossier est détenu aux bureaux de SSQ Assurance. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels.

SSQ Assurance s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus ou visiter le site internet à [ssq.ca](http://ssq.ca).

### Avis relatif au MIB Inc.

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, SSQ Assurance ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB Inc. (MIB), anciennement appelé le Bureau de renseignements médicaux, organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie, d'assurance maladie ou accident ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB en composant le 416 597-0590. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez en demander la correction en écrivant au MIB, au 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7.

SSQ Assurance ou ses réassureurs peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou accident ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).