

J'atteste par la présente avoir reçu le Guide de distribution
(pour les résidents du Québec seulement) le _____

Signé par _____

Police no : FI-A-VIMG_CV (2018-12)

No : CV

000XXX

Renseignements sur l'emprunteur			
Nom (à la naissance)	Prénom	Tél. rés.	Date de naissance J M A
Rue	Ville	Province	Code postal
Nom de l'employeur		Téléphone de l'employeur	

Renseignements sur le coemprunteur (Peut être assuré même si l'emprunteur ne l'est pas.)			
Nom (à la naissance)	Prénom	Tél. rés.	Date de naissance J M A
Rue	Ville	Province	Code postal
Nom de l'employeur		Téléphone de l'employeur	

Renseignements sur le contrat de financement	
Nom et adresse du créancier	Téléphone

Prêt - achat <input type="checkbox"/>	Durée du prêt	Prêt total (montant assuré) initial	Mensualité (sans l'assurance)	Date d'entrée en vigueur (J-M-A)
Location <input type="checkbox"/>	Taux d'intérêt	Mensualité (assurance incluse)	Valeur résiduelle si assurée	Date d'expiration (J-M-A)
Prêt - rachat <input type="checkbox"/>				

Renseignements sur l'assurance						
Assurance prêt (assurance vie)			Assurance versement (assurance invalidité)			
<input type="checkbox"/> Emprunteur seul	<input type="checkbox"/> Coemprunteur seul	<input type="checkbox"/> Assurance conjointe	<input type="checkbox"/> Emprunteur seul	<input type="checkbox"/> Coemprunteur seul	<input type="checkbox"/> Assurance conjointe	<input type="checkbox"/> À cocher si travailleur saisonnier

Type d'assurance								
Assurance prêt (assurance vie)		Assurance versement (assurance invalidité)			Délai de carence			
<input type="checkbox"/> Décès par accident	<input type="checkbox"/> Décès toute cause	<input type="checkbox"/> 6 mois	<input type="checkbox"/> Accident seulement	<input type="checkbox"/> Accident et maladie	<input type="checkbox"/> 30 jours (non rétroactif)	<input type="checkbox"/> 60 jours (non rétroactif)	<input type="checkbox"/> 90 jours (non rétroactif)	<input type="checkbox"/> 30 jours (rétroactif)

Primes					
Assurance prêt décroissante	Assurance prêt résiduelle	Assurance versement	Frais de police 50 \$	Taxe	Total

Déclaration de l'assuré - Critères d'admissibilité

Veillez lire et signer la déclaration ci-dessous.

Je soussigné, l'emprunteur et le coemprunteur s'il y a lieu, déclare être le propriétaire ou le locataire du véhicule et le contractant du prêt et être une personne physique qui désire souscrire à l'assurance crédit automobile, et je déclare respecter les limites relatives au **montant assuré maximum** (indiqué aux sections 1.2 et 2.3 du certificat) ainsi que les critères d'admissibilité énoncés ci-dessous.

POUR L'ASSURANCE PRÊT (ASSURANCE VIE) - DÉCÈS PAR ACCIDENT

- Je suis âgé de 17 ans ou plus et de moins de 73 ans;
- je n'ai jamais souffert du SIDA ou de toute affection qui y est liée, ni subi de traitement à ce sujet, et aucune épreuve subie n'a démontré avec résultat positif la présence d'anticorps au virus V.I.H.

POUR L'ASSURANCE PRÊT (ASSURANCE VIE) - DÉCÈS TOUTE CAUSE

- Je suis âgé de 17 ans ou plus et de moins de 70 ans;
- je n'ai jamais souffert du SIDA ou de toute affection qui y est liée, ni subi de traitement à ce sujet, et aucune épreuve subie n'a démontré avec résultat positif la présence d'anticorps au virus V.I.H.

Je confirme avoir été informé par mon concessionnaire automobile des critères d'admissibilité du présent certificat ainsi que de la définition de l'état de santé préexistant.

_____ initiales

ASSURANCE PRÊT : Veuillez inscrire vos initiales selon ce que vous avez choisi.

_____ Je désire/Nous désirons une assurance prêt pour l'emprunteur seulement,
initiales le coemprunteur seulement, l'emprunteur et le coemprunteur

OU

_____ Après avoir considéré les avantages offerts,
initiales je refuse / nous refusons l'assurance prêt.

ASSURANCE VERSEMENT : Veuillez inscrire vos initiales selon ce que vous avez choisi.

_____ Je désire/Nous désirons une assurance versement pour l'emprunteur seulement,
initiales le coemprunteur seulement, l'emprunteur et le coemprunteur

OU

_____ Après avoir considéré les avantages offerts,
initiales je refuse/nous refusons l'assurance versement.

AVIS : L'assurance est facultative et n'est pas requise pour obtenir un contrat d'achat, de location ou de rachat. L'assurance peut être annulée en tout temps en envoyant un avis écrit à SSQ.

Je déclare que tous les renseignements fournis dans la présente proposition sont exacts et complets et il est entendu que toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part relativement à l'assurance peut causer son annulation. Je reconnais que si des prestations d'assurance étaient versées par SSQ, elles le seraient directement au créancier et serviraient à réduire ou à acquitter le solde de ma dette. Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autre mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le bureau de renseignements médicaux, les agences de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le propriétaire, mon employeur ou mes ex-employeurs, la C.N.E.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et le bureau des Ressources Humaines du Canada à les communiquer à SSQ. De même, j'autorise SSQ à communiquer lesdits renseignements aux tiers susmentionnés ainsi qu'à ses réassureurs. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que SSQ et ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli. Dans l'éventualité où le consentement serait révoqué, l'assurance pourrait prendre fin. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois SSQ pourra en transmettre un résumé au Bureau des renseignements médicaux. Le Bureau est un organisme sans but lucratif qui effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous faites une demande d'assurance vie ou d'assurance invalidité ou si vous présentez une demande de prestations à une compagnie d'assurance membre, le Bureau fournit les renseignements qu'il possède sur vous à cette compagnie, à la demande de cette dernière. S'il reçoit une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements contenus dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante : 330, avenue University, bureau 403, Toronto (Ontario) M5G 1R7.

IMPORTANT : La présente assurance comporte des exclusions, limitations, réductions et autres restrictions. En signant la présente proposition d'assurance, je reconnais avoir pris connaissance de toutes les dispositions du présent document et je déclare avoir compris et accepté ces dispositions.

Veillez examiner le texte du certificat. SSQ accorde à l'assuré en vertu de cette assurance un délai de 20 jours à compter de la date de sa délivrance, pour en prendre connaissance. Durant cette période, l'assuré peut mettre fin à l'assurance en faisant parvenir un avis écrit à cet effet à SSQ et en retournant le certificat au siège social. SSQ remboursera alors toute prime versée.

Date	Signature de l'emprunteur
Signature de la personne autorisée par le concessionnaire	Signature du coemprunteur
Renseignements sur le concessionnaire	

I hereby acknowledge having received the Distribution Guide (for Quebec Residents only) on _____

Signed by _____

Group Policy no.: FI-A-VIMG_CV (2018-12)

No: CV

000XXX

Borrower Information			
Last Name (at birth)	First Name	Home Tel.	Date of Birth D M Y
Street	City	Province	Postal Code
Employer's Name		Employer's Phone	

Co-Borrower Information (may be insured, even if the borrower is not)			
Last Name (at birth)	First Name	Home Tel.	Date of Birth D M Y
Street	City	Province	Postal Code
Employer's Name		Employer's Phone	

Financing Contract Information	
Creditor's Name And Address	Creditor's Telephone No.

Loan <input type="checkbox"/>	Term of the Loan	Total Initial Loan (Insured Amount)	Monthly payment (excluding insurance)	Effective date (D-M-Y)
Lease <input type="checkbox"/>	Interest Rate	Monthly payment (including insurance)	Residual value if insured	Expiry date (D-M-Y)
Buyback Loan <input type="checkbox"/>				

Coverage Information	
Life Insurance <input type="checkbox"/> Borrower only <input type="checkbox"/> Co-Borrower only <input type="checkbox"/> Joint Insurance	Disability Insurance <input type="checkbox"/> Borrower only <input type="checkbox"/> Co-Borrower only <input type="checkbox"/> Joint Insurance <input type="checkbox"/> Tick here if seasonal worker

Type of Insurance	
Life Insurance <input type="checkbox"/> Accidental Death <input type="checkbox"/> All Cause Death	Disability Insurance <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> Accident only <input type="checkbox"/> Accident and Sickness
Waiting Period <input type="checkbox"/> 30 days (non retroactive) <input type="checkbox"/> 60 days (non retroactive) <input type="checkbox"/> 90 days (non retroactive) <input type="checkbox"/> 30 days (retroactive)	

Premiums					
Decreasing Life Insurance	Residual Life Insurance	Disability Insurance	Policy Fee	Tax	Total
			\$50		

Insured's Declaration - Eligibility Requirements
Please read and sign the declaration below.

I hereby declare as borrower and/or co-borrower that I own the vehicle and that I took out the loan or that I leased the automobile. I also declare that I am a physical person and that I wish to purchase the Automobile Credit Insurance and that I do comply with the limits of the **maximum insured amount** (specified in sections 1.2 and 2.3 of the certificate) as well as with the following eligibility requirements.

FOR LIFE INSURANCE (ACCIDENTAL DEATH)

- I am 17 years of age or older but less than 73 years of age;
- I never had or was treated for AIDS or any AIDS related illness, and I have never tested positive for HIV.

FOR LIFE INSURANCE (ALL CAUSE DEATH)

- I am 17 years of age or older but less than 70 years of age;
- I never had or was treated for AIDS or any AIDS related illness, and I have never tested positive for HIV.

I hereby confirm that my car dealer has informed me about the eligibility requirements under this policy and the definition of pre-existing condition.

_____ initials

FOR DISABILITY INSURANCE

- I am 17 years of age or older but less than 65 years of age;
- I am actively working a minimum of 22.5 hours a week for wages or profit, for a minimum of 30 weeks per year; if not, I am an **eligible seasonal worker** (according to definition 4 of the GENERAL PROVISIONS of this document);
- if I am an independent worker, I qualify as an **eligible self-employed worker** (according to definition 5 of the GENERAL PROVISIONS of this document);
- I am not currently disabled;
- I never had or was treated for AIDS or any AIDS related illness and I have never tested positive for HIV.

LIFE INSURANCE: Please initial your choice. _____ I wish/We wish life insurance for <input type="checkbox"/> borrower only, initials <input type="checkbox"/> co-borrower only, <input type="checkbox"/> borrower and co-borrower OR _____ After considering the advantages of this offer, I decline/we decline initials life insurance.

DISABILITY INSURANCE: Please initial your choice. _____ I wish/We wish disability insurance for <input type="checkbox"/> borrower only, initials <input type="checkbox"/> co-borrower only, <input type="checkbox"/> borrower and co-borrower OR _____ After considering the advantages of this offer, initials I decline/we decline disability insurance.

NOTE: Insurance is voluntary and not required as a condition of the loan, lease or buyback loan. It may be cancelled at any time by the applicant with written notification to SSQ.

I understand that any misrepresentation in disclosures made by me in respect of this coverage may cause my insurance to be voided. I understand that any insurance benefits which may be payable by SSQ will be paid directly to the creditor and will be used to pay-off or reduce the outstanding balance of my loan. I hereby authorise any person or organization having information on my health or habits, including physician, hospitals, dentists, medical clinics, insurance companies, the Medical Information Bureau, personal information agencies, market intermediaries, financial institutions, present and former employers, the C.N.E.S.S.T., the S.A.A.Q., the R.A.M.Q., the R.R.Q. and the Human Resources Office of Canada to communicate these informations to SSQ. I also authorise SSQ and its reinsurers to request a report on me and my habits and to use information they may have on me under another contract. Insurance may be cancelled if this authorisation is revoked. A photocopy of this authorisation is as valid as the original.

Any information on you is treated confidentially. However SSQ may supply that information to the Medical Information Bureau (MIB). The MIB is a non-profit organization sharing information for its member insurance companies. If you apply for life or disability insurance with a member insurance company, MIB, upon request, provides the information it has on you to the member insurance company. You may ask MIB to provide you with the information it has on you and if you disagree with this information, you may ask that it be corrected by writing to MIB at 330 University Avenue, Suite 403, Toronto, Ontario M5G 1R7.

IMPORTANT: This insurance contains exclusions, limitations, reductions and other restrictions. By signing this application form, I agree that I have read all the terms and conditions included in this document and I hereby declare that I understand and accept those conditions.

Please read this document carefully. SSQ gives the insured 20 days from the delivery date to do so. During this 20-day period, the insured may cancel this insurance by providing a written notice to SSQ and sending it along with the certificate to the head office of the company. Any premium paid will then be refunded by SSQ.

Date	Borrower's Signature
Dealer's Authorized Signature	Co-Borrower's Signature
Car Dealer Information	

