



Proposition de contrat

Pour les produits suivants :

- Vie permanente
- Vie temporaire
- Maladies graves
- Vie universelle

Version : Janvier 2020

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

Table des matières

A – Renseignements de base	3
B – Renseignements généraux.....	4
B1 – Personne(s) à assurer	4
B2 – Renseignements sur l’emploi.....	5
B3 – Propriétaire(s)	5
B4 – Déclaration de résidence aux fins de l’impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)	6
B5 – Vérification de l’identité	6
B6 – Détermination de l’existence d’un tiers (applicable à l’assurance vie entière et à l’assurance vie universelle)	7
B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurances maladies graves	8
C – Produits d’assurance et garanties.....	10
C1 – Assurance vie permanente.....	10
C2 – Assurance vie temporaire	11
C3 – Assurance maladies graves.....	12
C4 – Assurance vie universelle.....	13
C5 – Garanties supplémentaires	15
D – Paiement des primes.....	15
D1 – Paiement de la première prime.....	15
D2 – Versement des primes	15
D3 – Fréquence de paiement.....	15
D4 – Jour de prélèvement	15
D5 – Modification de contrat	15
E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée en tout temps).....	16
F – But de l’assurance.....	16
F1 – Assurance personnelle	16
F2 – Assurance commerciale	16
G – Questions pour l’assurance temporaire immédiate	17
H – Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile	18
I – Antécédents personnels	19
J – Antécédents médicaux.....	20
K – Détails et compléments d’information.....	23
L – Déclarations, autorisations et signatures.....	24
M – Accord de débits préautorisés.....	25
N – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant.....	26
N1 – Exigence de sélection.....	26
N2 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant	26
N3 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant.....	27
O – Avis et notes de couverture	29
O1 – Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves	29
O2 – Note de couverture provisoire – assurance temporaire immédiate – assurance vie.....	29
O3 – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s).....	29
P – Paiement par carte de crédit (1 ^{re} prime seulement).....	31

Numéro de contrat

Numéro de la proposition

A – Renseignements de base

- Pour plus de 2 assurés, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.
- Indiquer le numéro de la proposition principale sur chaque proposition additionnelle et soumettre toutes les propositions ensemble.
- **Veillez soumettre TOUTES les pages de cette proposition, même si aucune information n'est inscrite sur certaines pages.**

Demande préliminaire Nouvelle proposition Langue de correspondance : Français Anglais

Étendue de la proposition : Principale Additionnelle à la proposition **ou** au contrat n° : _____

Annulation et remplacement interne **intégral** : Oui Non N° de contrat annulé : _____

Annulation et remplacement interne **partiel** : Oui Non Couverture annulée : _____

L'annulation sera traitée à l'émission de la nouvelle couverture ou du nouveau contrat.

Modifications exigeant des preuves d'assurabilité

Si le contrat n'est pas déjà régi selon les règles fiscales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité peuvent entraîner une modification du régime fiscal applicable au contrat.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la Section L de cette proposition. Pour tout ajout d'un assuré ou d'une garantie sur un contrat, chaque assuré et/ou propriétaire couvert par l'exonération des primes sur ledit contrat doit remplir les Sections I et J (utilisez une proposition additionnelle au besoin).

Pour effectuer une modification exigeant des preuves d'assurabilité, veuillez remplir les sections suivantes de cette proposition selon le type de modification demandée :

- Ajout d'un assuré** – Non disponible pour tout contrat d'assurance vie universelle.
Remplir les Sections B1, B2, (B3, B4 et B6 si ajout d'une garantie vie entière ou ajout de propriétaire), B5, B7, C, D5, E, F, G, H si enfant, I, J, K, L, N, O et l'Autorisation à la fin de la proposition.
- Ajout d'une garantie ou garantie supplémentaire** – Les ajouts de garanties d'assurance temporaire ou maladies graves sur un contrat d'assurance vie universelle sont disponibles uniquement si le contrat est de type individuel. Aucun ajout n'est possible sur un contrat d'assurance vie universelle dont la date du contrat est antérieure au 1^{er} janvier 2017.
Remplir les Sections B1, B2 (B3, B4 et B6 si ajout d'une garantie vie entière ou ajout de propriétaire), C, D5, E, F, H si enfant, I, J, K, L, N et l'Autorisation à la fin de la proposition.
- Révision de surprime**
Remplir les Sections B1, B2, I, J, K, L, N et l'Autorisation à la fin de la proposition.
- Révision d'exclusion / de classe (12 mois après l'émission seulement)**
Remplir les Sections B1, B2, I, J, K, L, N et l'Autorisation à la fin de la proposition.
- Changement à taux non-fumeur – Frais de 25 \$ pour l'assurance vie universelle**
Remplir les Sections B1, B2, I, J, K, L, N et l'Autorisation à la fin de la proposition.
(si changement de taux à non-fumeur seulement, veuillez remplir le formulaire *Demande de changement au taux non-fumeur*)

Modifications n'exigeant pas des preuves d'assurabilité

Pour toute demande de modification n'exigeant pas des preuves d'assurabilité, veuillez utiliser le formulaire *Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité*.

Changement de bénéficiaire

Pour tout changement de bénéficiaire, veuillez utiliser le formulaire *Changement de bénéficiaire*.

Remise en vigueur

Pour toute demande de remise en vigueur, veuillez utiliser le formulaire *Remise en vigueur*.

B – Renseignements généraux

B1 – Personne(s) à assurer

Écrire en caractères d'imprimerie les prénoms et noms de l'assuré.

- Le prénom et le nom apparaîtront sur le contrat tel qu'indiqué dans cette section.
- Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.
- Lorsque l'adresse de l'assuré 2 n'est pas indiquée, nous considérons qu'elle correspond à celle de l'assuré 1.

Assuré 1	Assuré 2																																						
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme																																						
Prénom	Prénom																																						
Nom	Nom																																						
Nom à la naissance (si différent)	Nom à la naissance (si différent)																																						
<table border="0"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">A</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td> <td style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black;">Âge*</td> <td style="width: 50px;"><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Date de naissance</td> <td>Sexe</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Âge*	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance								Sexe	<table border="0"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">A</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td> <td style="width: 50px; border-bottom: 1px solid black;">Âge*</td> <td style="width: 50px;"><input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Date de naissance</td> <td>Sexe</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Âge*	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance								Sexe
A	A	A	A	M	M	J	J	Âge*	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin																														
Date de naissance								Sexe																															
A	A	A	A	M	M	J	J	Âge*	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin																														
Date de naissance								Sexe																															
Lieu de naissance (ville et pays)	Lieu de naissance (ville et pays)																																						
Si vous êtes né à l'extérieur du Canada, fournir les renseignements ci-dessous :	Si vous êtes né à l'extérieur du Canada, fournir les renseignements ci-dessous :																																						
Date d'arrivée : <table border="0"><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">A</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Date d'arrivée : <table border="0"><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">A</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">M</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;">J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J																						
A	A	A	A	M	M	J	J																																
A	A	A	A	M	M	J	J																																
Statut légal au Canada :	Statut légal au Canada :																																						
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien																																						
<input type="checkbox"/> Résident permanent (détient une carte de résidence permanente)	<input type="checkbox"/> Résident permanent (détient une carte de résidence permanente)																																						
<input type="checkbox"/> Permis de travail (joindre une copie du permis de travail et la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)	<input type="checkbox"/> Permis de travail (joindre une copie du permis de travail et la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)																																						
<input type="checkbox"/> Réfugié	<input type="checkbox"/> Réfugié																																						
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ (joindre la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ (joindre la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)																																						

* Âge au plus proche anniversaire, soit six (6) mois avant ou après la date de signature de la proposition.

Adresse résidentielle	Adresse résidentielle
Numéro civique et nom de la rue	Numéro civique et nom de la rue
App.	App.
Ville	Ville
Province	Province
Code postal	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (résidence)
Adresse courriel (internet)	Adresse courriel (internet)

B2 – Renseignements sur l'emploi

Assuré 1	Assuré 2
Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel) <small>(si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)</small>	Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel) <small>(si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)</small>
Fonctions de l'emploi	Fonctions de l'emploi
Nature de l'entreprise de l'employeur	Nature de l'entreprise de l'employeur
Revenu annuel brut \$ _____ Valeur nette des actifs \$ _____	Revenu annuel brut \$ _____ Valeur nette des actifs \$ _____
Autre revenu \$ → Précisez la source _____	Autre revenu \$ → Précisez la source _____
Nom de l'employeur _____	Nom de l'employeur _____
Numéro civique et nom de la rue _____ Numéro de bureau _____	Numéro civique et nom de la rue _____ Numéro de bureau _____
Ville _____	Ville _____
Province _____ Code postal _____	Province _____ Code postal _____
Téléphone (travail) _____	Téléphone (travail) _____

B3 – Propriétaire(s)

- Lorsque le(s) propriétaire(s) ne sont pas indiqué(s), nous considérons qu'il(s) correspond(ent) au(x) assuré(s) – Maximum de 2 propriétaires par contrat.
- Pour l'assurance vie entière et l'assurance vie universelle, lorsque le propriétaire est une personne morale ou un autre type d'entité, veuillez remplir le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités (FRA1235F)* disponible à la section « Formulaires et questionnaires — Blanchiment d'argent » de la bibliothèque du logiciel d'illustrations.

Le(s) propriétaire(s) est (sont) : → Assuré 1 Un contrat distinct sera émis pour l'assuré 1 et l'assuré 2. Chaque assuré sera l'unique propriétaire de son contrat
 Assuré 2 Autre (si un propriétaire n'est pas l'un des assurés, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous)

Lorsque l'adresse du propriétaire 2 est différente du propriétaire 1, nous considérons que l'adresse postale correspond à celle du propriétaire 1.

Propriétaire 1 (si différent de l'assuré)	Propriétaire 2 (si différent de l'assuré)												
Prénom et nom ou dénomination sociale si personne morale ou autre entité _____	Prénom et nom ou dénomination sociale si personne morale ou autre entité _____												
Lien avec l'assuré _____ Numéro d'entreprise (s'il y a lieu) _____	Lien avec l'assuré _____ Numéro d'entreprise (s'il y a lieu) _____												
Adresse _____	Adresse _____												
Téléphone _____	Téléphone _____												
Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité <small>(si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)</small>	Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité <small>(si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)</small>												
À remplir si l'exonération des primes est demandée	À remplir si l'exonération des primes est demandée												
<table> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><small>A A A A M M J J</small></td> <td><small>A A A A M M J J</small></td> </tr> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Lieu de naissance</td> </tr> </table>	_____	_____	<small>A A A A M M J J</small>	<small>A A A A M M J J</small>	Date de naissance	Lieu de naissance	<table> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><small>A A A A M M J J</small></td> <td><small>A A A A M M J J</small></td> </tr> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>Lieu de naissance</td> </tr> </table>	_____	_____	<small>A A A A M M J J</small>	<small>A A A A M M J J</small>	Date de naissance	Lieu de naissance
_____	_____												
<small>A A A A M M J J</small>	<small>A A A A M M J J</small>												
Date de naissance	Lieu de naissance												
_____	_____												
<small>A A A A M M J J</small>	<small>A A A A M M J J</small>												
Date de naissance	Lieu de naissance												
Âge* _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Âge* _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F												

* Âge au plus proche anniversaire, soit six (6) mois avant ou après la demande.

Au décès d'un propriétaire, les droits et intérêts du propriétaire décédé dans le contrat seront transférés au propriétaire subsidiaire / successeur nommé dans cette section.

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1 _____	Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1 _____
Lien avec l'assuré _____ <small>A A A A M M J J</small>	Lien avec l'assuré _____ <small>A A A A M M J J</small>
Date de naissance _____	Date de naissance _____

B4 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

(applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

Le(s) assuré(s) et propriétaire(s) doit(vent) être résidents du Canada aux fins d'impôt pour qu'un contrat d'assurance puisse être émis. Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration sont incomplets ou inexacts (ex. changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada et les États-Unis, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité

La Déclaration de résidence pour fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>	<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt → Si vous cochez cette case, le formulaire Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>

B5 – Vérification de l'identité

Le conseiller en sécurité financière/représentant doit :

- remplir cette section pour toute demande d'assurance;
- vérifier l'identité de chaque assuré en tout temps;
- vérifier l'identité de chaque propriétaire, s'il ne s'agit pas de l'assuré (applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle seulement – requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi));
- examiner le document applicable indiqué pour cette personne (le document doit être une pièce d'identité avec photo délivrée par un gouvernement). Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance-maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. Dans les provinces de l'Ontario, du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse ou de l'Île-du-Prince-Édouard, l'utilisation d'une carte d'assurance-maladie est interdite à des fins d'identification;
- indiquer, pour chaque personne, quel est le document qui a été examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité doit être l'original et ne pas être périmé. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché, veuillez préciser le type de document qui a été vérifié.

Assuré 1	Assuré 2
<p>Nom de l'assuré (apparaissant sur le document)</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p>	<p>Nom de l'assuré (apparaissant sur le document)</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p>
<p>Numéro du document</p> <p>Territoire de compétence</p>	<p>Numéro du document</p> <p>Territoire de compétence</p>
<p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Date d'expiration du document</p> <p>NAS*</p>	<p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value=""/></p> <p>Date d'expiration du document</p> <p>NAS*</p>

* Lorsque l'assuré et le propriétaire sont la même personne, le numéro d'assurance sociale (NAS) est nécessaire pour fins fiscales (applicable aux produits d'assurance vie entière et vie universelle).

Remplir la section *Vérification de l'identité de chaque propriétaire, s'il ne s'agit pas de l'assuré* (applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle).

B5 – Vérification de l'identité (suite)

Propriétaire 1	Propriétaire 2
<p>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p>Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <hr/> <p>Numéro du document _____ Territoire de compétence _____</p> <p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> _____</p> <p>Date d'expiration du document _____ NAS* _____</p>	<p>Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)</p> <p>Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (détient une carte de résidence permanente)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.</p> <p><input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté avec photo</p> <p><input type="checkbox"/> Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :</p> <hr/> <p>Numéro du document _____ Territoire de compétence _____</p> <p><input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> _____</p> <p>Date d'expiration du document _____ NAS* _____</p>

* Numéro d'assurance sociale (NAS) nécessaire pour fins fiscales (applicable aux produits d'assurance vie entière et vie universelle); non requis lorsque le propriétaire est une personne morale (corporation) ou autre type d'entité.

B6 – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes ainsi qu'à ses règlements*, le conseiller en sécurité financière/représentant doit prendre des mesures raisonnables pour déterminer, dans le cadre de la présente proposition, si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité).

Afin de déterminer si un « tiers » est en cause, il ne s'agit pas d'identifier le « propriétaire » de l'argent mais plutôt la personne qui donne les instructions quant à la façon de procéder avec l'argent. Si la personne qui est devant vous agit selon les instructions d'une autre, cette autre personne est le tiers. À noter que, lorsque des employés agissent au nom de leur employeur, ils sont considérés comme agissant au nom d'un tiers.

Lorsque le payeur des primes est une personne ou une entité différente du(des) propriétaire(s), le payeur est considéré comme un tiers et la section ci-dessous doit être remplie.

Le(s) propriétaire(s) agit-il (agissent-ils) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité) ou encore, existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat?

- Oui → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non
- Il est impossible de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire que c'est le cas → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.

Est-ce que la personne ou l'entité qui effectue le paiement des primes/sommes dans le contrat d'assurance est différente du(des) propriétaire(s)?

- Oui → veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers _____ _____
 Date de naissance (si le tiers est une personne physique)

Adresse complète permanente du tiers _____

Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession) _____ Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s) _____

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité : _____
 Numéro d'entreprise _____ Lieu de délivrance du certificat de constitution _____

Si vous ne parvenez pas à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus sur le tiers, veuillez inscrire les raisons dans l'espace ci-dessous :

Si vous ne parvenez pas à déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers, mais avez des motifs raisonnables de croire que c'est le cas, veuillez inscrire les motifs dans l'espace ci-dessous :

B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues lorsqu'elles deviennent payables en vertu des couvertures choisies. En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.
- Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, veuillez indiquer la répartition en pourcentage. Le total des parts doit donner 100 %. Si la répartition en pourcentage n'est pas fournie, les sommes payables seront réparties en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.
- Les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec toutefois, si le conjoint auquel le propriétaire est marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable.
- Si le bénéficiaire précède la personne à assurer, les sommes prévues seront payables au bénéficiaire subsidiaire au décès de la personne à assurer.

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

Assuré 1	Assuré 2
<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 1</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 1</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 2</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 2</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 3</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 3</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 4</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Prénom et nom du bénéficiaire 4</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves (suite)

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) pour l'assurance vie

Assuré 1	Assuré 2
<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 1 (En cas de décès du bénéficiaire 1 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 1 (En cas de décès du bénéficiaire 1 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 2 (En cas de décès du bénéficiaire 2 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 2 (En cas de décès du bénéficiaire 2 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 3 (En cas de décès du bénéficiaire 3 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 3 (En cas de décès du bénéficiaire 3 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 4 (En cas de décès du bénéficiaire 4 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>_____ %</p> <p>Bénéficiaire subsidiaire 4 (En cas de décès du bénéficiaire 4 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

Bénéficiaire(s) pour l'Avenant maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) pour l'Avenant maladies graves.

Assuré 1	Assuré 2
<p>Prénom et nom du bénéficiaire</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>Prénom et nom du bénéficiaire</p> <p>Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait</p> <p><input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves (suite)

Bénéficiaire(s) pour l'assurance maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Assuré 1	Assuré 2
<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie de maladies graves Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie de maladies graves Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>
<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>	<p>Prénom et nom du (des) bénéficiaire(s) pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves) Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié/Uni civilement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p> <p>Désignation : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable</p>

Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle. Non applicable au Québec. Si une fiducie est constituée, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Nom au complet du fiduciaire

Lien avec l'assuré

C – Produits d'assurance et garanties

C1 – Assurance vie permanente

- Indiquer la couverture et le capital assuré de chaque assuré.

Assuré 1		Assuré 2	
	Capital assuré		Capital assuré
Vie entière 20 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie	\$	Vie entière 20 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie	\$
Vie entière 100 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjoint dernier décès	\$	Vie entière 100 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjoint dernier décès	\$
Temporaire 100 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjoint dernier décès	\$	Temporaire 100 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjoint dernier décès	\$

C2 – Assurance vie temporaire

- Indiquer la couverture et le capital assuré de chaque assuré.

Assuré 1		Assuré 2	
	Capital assuré		Capital assuré
Tempo Plus 10 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 10 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 15 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 15 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 20 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 20 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 25 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 25 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 30 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 30 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 35 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 35 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Tempo Plus 40 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$	Tempo Plus 40 <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – fixe <input type="checkbox"/> Individuelle/Multi-vie – décroissant <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – fixe <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès – décroissant	\$
Montant total de capital assuré : _____ \$		Montant total de capital assuré : _____ \$	

C2 – Assurance vie temporaire (suite)

Avenant en cas d'invalidité (Assurance vie temporaire seulement)

- Le montant de l'indemnité mensuelle demandé doit être déterminé selon l'analyse des besoins en fonction des prêts et mensualités admissibles. Le montant payable en cas d'invalidité totale au moment d'une réclamation pourrait s'avérer différent du montant demandé, tel qu'indiqué à la Section L (article 7).
- Certaines occupations ne sont pas admissibles. Veuillez consulter la *Liste des occupations non admissibles* disponible dans la bibliothèque du logiciel d'illustrations. Il est à noter qu'un(e) conjoint(e) en congé parental doit avoir une occupation habituelle admissible selon nos critères afin d'être éligible au montant maximum de 1 000 \$.

	Assuré 1	Assuré 2
1. Conditions d'admissibilité		
a) Êtes-vous un(e) conjoint(e) au foyer? Si OUI, montant maximum de 1 000 \$ et durée de 2 ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Êtes-vous un(e) conjoint(e) en congé parental? Si OUI, montant maximum de 1 000 \$ et durée de 2 ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Travaillez-vous présentement au moins 21 heures par semaine? Si NON, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Avez-vous travaillé 8 mois ou plus au cours des 12 derniers mois à raison d'au moins 21 heures par semaine? Si NON, non admissible à l'avenant invalidité.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Travail à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients) Quel pourcentage de votre temps travaillez-vous à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients)?	_____ %	_____ %
3. Besoin d'assurance (tel que déterminé selon l'analyse des besoins)	\$ / mois	\$ / mois
4. Montant demandé (min. 300 \$, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 \$)	\$ / mois	\$ / mois
5. Durée	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans
6. a) Est-ce que les prêts pour lesquels l'assurance invalidité est demandée sont déjà couverts par une assurance invalidité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Sont-ils couverts par une assurance crédit invalidité collective offerte par une banque, caisse ou autre institution prêteuse?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Si OUI, est-ce que cette assurance sera remplacée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Avenant maladies graves

(disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance vie ou lors d'un ajout de capital assuré exigeant des preuves d'assurabilité)

Avenant maladies graves de 20 000 \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------------------	---	---

C3 – Assurance maladies graves

Assurance maladies graves – adulte

- Remplir la Section B7.
- Assurance maladies graves est uniquement disponible en couverture Individuel/Multi-vie.
- Le remboursement de primes (RDP) est disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance maladies graves ou lors d'un ajout de capital assuré maladies graves exigeant des preuves d'assurabilité.

Assuré 1			Assuré 2		
Assurance maladies graves	Capital assuré		Assurance maladies graves	Capital assuré	
	Base	Enrichie		Base	Enrichie
T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T100 libérée 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T100 libérée 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Garanties supplémentaires

- RDP au décès RDP à l'échéance* RDP à la résiliation**

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T10, T20 et T75.

**Le RDP à la résiliation est offert sur le T75, T100 et T100 libérée 20 ans.

Garanties supplémentaires

- RDP au décès RDP à l'échéance* RDP à la résiliation**

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T10, T20 et T75.

**Le RDP à la résiliation est offert sur le T75, T100 et T100 libérée 20 ans.

C3 – Assurance maladies graves (suite)

Assurance maladies graves – enfant

- Remplir la Section B7.
- Assurance maladies graves est uniquement disponible en couverture Individuel/Multi-vie.

Assuré 1		Assuré 2	
Assurance maladies graves	Capital assuré	Assurance maladies graves	Capital assuré
T75	\$	T75	\$
T100	\$	T100	\$
T100 libérée 20 ans	\$	T100 libérée 20 ans	\$

<p>Garanties supplémentaires</p> <p><input type="checkbox"/> RDP au décès <input type="checkbox"/> RDP à l'échéance* <input type="checkbox"/> RDP à la résiliation</p> <p>*Le RDP à l'échéance est offert sur le T75 seulement.</p>	<p>Garanties supplémentaires</p> <p><input type="checkbox"/> RDP au décès <input type="checkbox"/> RDP à l'échéance* <input type="checkbox"/> RDP à la résiliation</p> <p>*Le RDP à l'échéance est offert sur le T75 seulement.</p>
--	--

C4 – Assurance vie universelle

Type de couverture	<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint 1 ^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjoint dernier décès	
Capital assuré	_____ \$	
Type de coût d'assurance	<input type="checkbox"/> Temporaire renouvelable annuellement (TRA) <input type="checkbox"/> T100 <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	
Option de capital-décès	<input type="checkbox"/> Capital-décès nivelé (seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA) <input type="checkbox"/> Capital-décès croissant Lorsque le capital-décès est croissant : Pour une assurance conjointe payable au dernier décès, le fonds sera payable au dernier décès.	
Exonération de la prime	Assuré 1 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Assuré 2 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Durée : <input type="checkbox"/> 4 mois <input type="checkbox"/> 6 mois	
	Type : <input type="checkbox"/> Exonération de la prime minimum : _____ \$ <input type="checkbox"/> Exonération de la prime facturable (jusqu'à concurrence de la prime maximum) : _____ \$	
	L'exonération de la prime pour le(s) propriétaire(s) – (si le propriétaire n'est pas l'un des assurés) Nom(s) du (des) propriétaire(s) : _____	
- Remplir les Sections B3, I et J si l'exonération des primes est pour le propriétaire et le propriétaire n'est pas l'un des assurés.		
Option d'ajustement de capital (exemption fiscale)	<input type="checkbox"/> Option 1 : Aucune augmentation du capital assuré (transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire); <input type="checkbox"/> Option 2 : Augmentation abri d'impôt – Augmentation du capital assuré (maximum 8 %) et, si nécessaire, transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire; <input type="checkbox"/> Option 3 : Augmentation et diminution – Augmentation et diminution du capital assuré (minimum égal au capital assuré initial); <input type="checkbox"/> Option 4 : Maximiseur (remplir la section « Information pour l'option Maximiseur » ci-après). L'option Maximiseur est seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA.	
- Si aucune option n'est choisie, l'option « Aucune augmentation du capital assuré » sera appliquée par défaut.		

C4 – Assurance vie universelle (suite)

Option Maximiseur

- Ne pas oublier d'inscrire les durées et le capital assuré.
- Dans l'absence de précisions concernant les durées et le capital assuré minimum, les valeurs par défaut seront comme suit : la durée de début sera *6 ans de la date d'émission*, la durée de fin sera *100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission* et le capital assuré minimum sera le *capital assuré du contrat*.

Optimisation du test d'exemption

- Début de la durée : _____ ans (durée minimum : 6 ans de la date d'émission)
- Fin de la durée : _____ ans (durée maximum : 100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission)
- Capital assuré minimum : _____ \$ (minimum 25 000 \$, maximum capital assuré choisi)

Options d'investissement et pourcentages de répartition

- Veuillez indiquer vos choix d'investissement et pourcentages de répartition ci-dessous.
- Le total des pourcentages de répartition doit correspondre à 100 % (minimum 10 % par compte).
- Lorsqu'aucun compte d'investissement n'est choisi, les primes et dépôts sont crédités dans le compte à intérêt quotidien.
- Si vous choisissez plus d'un compte sans indiquer leur pourcentage de répartition, les primes et dépôts sont répartis également entre chacun des comptes.

Pour vous aider à choisir des investissements qui vous conviennent, il est nécessaire de déterminer le risque que vous êtes prêts à prendre, le potentiel de rendement que vous espérez, tout en tenant compte du facteur temps, appelé votre horizon de placement. Chaque investisseur doit comprendre l'allocation d'actifs propres à sa situation, ses contraintes et ses besoins. Il est donc primordial que votre conseiller en sécurité financière / représentant établisse avec vous votre profil d'investisseur afin de lui permettre de vous conseiller et de vous guider judicieusement.

Comptes gérés		Comptes à intérêt	
Stratégie sécuritaire	%	Compte à intérêt quotidien	%
Stratégie équilibrée	%	Compte à intérêt garanti 1 an	%
Stratégie croissance	%	Compte à intérêt garanti 3 ans	%
Stratégie audacieuse	%	Compte à intérêt garanti 5 ans	%
Répartition d'actifs canadiens CI Cambridge	%	Compte à intérêt garanti 10 ans	%
Revenu et croissance mondial CI Signature	%	Comptes indiciels	
Revenu mensuel sécuritaire Guardian	%	Marché monétaire canadien (Bons du trésor à 3 mois)	%
Revenu mensuel Guardian	%	Obligations canadiennes (Indice des obligations universelles FTSE Canada)	%
Obligations PIMCO	%	Actions canadiennes (S&P/TSX)	%
Obligations mondiales PIMCO	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Actions canadiennes Triasima	%	Actions américaines, technologie (MSCI US IM Technologie de l'information 25/50)	%
Actions canadiennes dividendes Guardian	%	Actions petites capitalisations américaines (Indice petite capitalisation S&P 600)	%
Actions américaines Hillsdale	%	Actions internationales (MSCI EAEO)	%
Actions mondiales tous pays Hexavest	%	Actions mondiales (MSCI Monde Ex Canada)	%
Actions mondiales Fiera Capital	%	Actions des marchés émergents (MSCI Marchés émergents)	%
Actions mondiales dividendes TD	%	Autres (spécifier)	
Actions internationales C WorldWide	%		%
Infrastructures mondiales Lazard	%		%
Immobilier mondial Morgan Stanley	%		%
Actions marchés émergents Fisher	%		%
TOTAL			100 %

Compte de dépôt transitoire

- Le compte de dépôt transitoire sera crédité selon le rendement du compte à intérêt quotidien.

C5 – Garanties supplémentaires

	Assuré 1	Assuré 2
Avenant maladies graves de 20 000 \$*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès et mutilation accidentels (DMA)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capital assuré :	Capital assuré :
	\$	\$
Bénéfice en cas de fracture*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exonération des primes (EP)	4 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 mois <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'exonération des primes pour le(s) propriétaire(s) – (si le propriétaire n'est pas l'un des assurés)

Nom(s) du (des) propriétaire(s) :

- Remplir les Sections B3, I et J si l'exonération des primes est pour le propriétaire et le propriétaire n'est pas l'un des assurés.

*disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance vie ou lors d'un ajout de capital assuré exigeant des preuves d'assurabilité.

Couvertures pour les enfants

Avenant Jeunesse Plus (AJP) – (produits d'assurance vie seulement) Pour l'Avenant Jeunesse Plus (AJP), remplir la Section H.	Capital assuré :	\$
Avenant Juvénile (AJ) – (produits de maladies graves seulement) Pour l'Avenant Juvénile (AJ), remplir la Section H et le <i>Questionnaire maladies graves – Enfants</i> .	Capital assuré :	\$

D – Paiement des primes

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière / représentant et le(s) propriétaire(s) du contrat doivent remplir le formulaire *Détermination des personnes politiquement vulnérables et dirigeants d'une organisation internationale* (FRA1234F) pour tout dépôt forfaitaire de 100 000 \$ et plus.

D1 – Paiement de la première prime

- Le paiement par débit préautorisé de la première prime sera prélevé à partir du compte bancaire indiqué à la Section M et figurant sur le spécimen de chèque inclus avec cette proposition.
- Si la fréquence de paiement de la prime est annuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à 1/12^e de la prime annuelle (ou 1/12^e de la prime MINIMUM annuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.
- Si la fréquence de paiement de la prime est mensuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à la première prime mensuelle (ou première prime MINIMUM mensuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.

Montant de la première prime (il s'agit du montant versé avec la proposition) : _____ \$

Cocher une case seulement.

Débit préautorisé (disponible uniquement lorsque la fréquence de paiement choisie à la Section D3 est mensuelle)

- Prélèvement à la réception de cette proposition
 Prélèvement à la mise en vigueur du contrat

Chèque ci-joint (à l'ordre de SSQ, Société d'assurance-vie inc.)
Encaissement à la réception de cette proposition

- Carte de crédit (remplir la Section P)
Encaissement à la réception de cette proposition
 À la livraison du contrat
Payable à la réception des exigences de placement

D2 – Versement des primes

Total de la prime annuelle incluant la proposition principale et toutes les propositions additionnelles : _____ \$

Prime modale choisie ou initiale : _____ \$

Prime annuelle facturable, pour l'assurance vie universelle seulement (incluant les garanties supplémentaires) : _____ \$

D3 – Fréquence de paiement

- Annuelle
 Mensuelle (débits préautorisés)

- Si aucun choix n'est précisé, la fréquence de paiement sera mensuelle.
- Pour les débits préautorisés, inclure un spécimen de chèque et remplir la Section M.

D4 – Jour de prélèvement

- Jour de prélèvement à la date d'établissement
OU

Précisez le jour : _____

- Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement sera la date d'établissement du contrat.
- Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.
- **Vie universelle seulement : Si le jour de prélèvement précisé est après la date d'établissement du contrat, le jour de prélèvement sera modifié d'office pour coïncider avec la date d'établissement du contrat.**

D5 – Modification de contrat

Montant total de la prime pour cette demande de modification : _____ \$

Nouvelle prime facturable pour le contrat suite à la modification (assurance vie universelle seulement) : _____ \$

Méthode de paiement Chèque ci-joint au montant de : _____ \$ Date du chèque : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la page 3 de cette proposition

Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (remplir la Section M et joindre un chèque spécimen)

E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée en tout temps)

- Si cette demande remplace une assurance en vigueur, le(s) formulaire(s) de préavis de remplacement doit (doivent) être remplis et soumis, selon les modalités applicables dans les provinces concernées, en même temps que la présente proposition ou, au plus tard, dans les cinq (5) jours ouvrables suivants (trois (3) jours ouvrables à l'extérieur du Québec). Le formulaire de préavis de remplacement n'est pas requis pour le remplacement d'une assurance maladies graves, sauf au Québec.
- Si l'assurance en vigueur qui sera remplacée s'agit d'une assurance crédit collective offerte par une banque, caisse ou autre institution prêteuse, aucun formulaire de préavis de remplacement n'est requis.

1. Avez-vous de l'assurance individuelle en vigueur? **Assuré 1 :** NON OUI → Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.
Assuré 2 : NON OUI → Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous.

Assuré N°	Nom de la compagnie	Montant	Type (Vie, Invalidité, Maladies Graves)	Année	Cette proposition remplacera-t-elle l'assurance en vigueur ?		But de l'assurance	
					Oui	Non	Personnel	Affaires
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					Assuré 1		Assuré 2	
					Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous une autre proposition à l'étude ou soumise auprès d'autres compagnies au cours des six (6) derniers mois? Dans l'affirmative, fournissez le nom de la compagnie, le montant total d'assurance qui sera mis en vigueur et s'il s'agit d'une assurance vie, maladies graves ou invalidité.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous a-t-on refusé, supprimé, modifié ou remis à plus tard une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur? Dans l'affirmative, donnez la date et les raisons.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Si assurance pour enfant :
- a) indiquer le montant total d'assurance vie en vigueur sur la tête du (des) parents(s) : _____ \$
- b) préciser s'il y a d'autres enfants et si oui, indiquer le montant d'assurance sur la tête de chacun d'entre eux : _____ \$

F – But de l'assurance

F1 – Assurance personnelle

- Protection du revenu / prêts Protection de la succession Dons de charité

F2 – Assurance commerciale

1. Statut juridique de l'entreprise

- Propriétaire unique Société Personne morale Autre (précisez) : _____

2. But de l'assurance

- Achat / vente Garantie d'emprunt (précisez le montant : _____ \$) Planification successorale Protection personne-clé Autre (précisez au no. 7)

3. Informations financières de l'entreprise des deux (2) dernières années :

Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Année :	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
Actif :	_____ \$	Actif :	_____ \$
Passif :	_____ \$	Passif :	_____ \$
Bénéfice net :	_____ \$	Bénéfice net :	_____ \$
Avoir des actionnaires :	_____ \$	Avoir des actionnaires :	_____ \$
Valeur marchande :	_____ \$	Valeur marchande :	_____ \$

F2 – Assurance commerciale (suite)

4. Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque actionnaire.

Indiquer le nom, le titre, le pourcentage (%) des parts ainsi que le montant d'assurance en vigueur et en suspens pour chaque actionnaire dans l'entreprise.

Nom	Titre	% des parts	Assurance en vigueur (affaires)	Assurance en suspens (affaires)
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

5. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____

6. Si les associés ne sont pas assurés pour le même montant, veuillez fournir les raisons ci-après.

7. Remarques

G – Questions pour l'assurance temporaire immédiate

- Lorsque les questions 1 à 6 sont répondues par la négative (non) et que la première prime est perçue et encaissable à la date à laquelle la (les) personne(s) à assurer signe(nt) la proposition, vous êtes automatiquement admissible à l'assurance temporaire immédiate.
- L'assurance temporaire immédiate n'est pas offerte pour les produits de maladies graves et pour les garanties supplémentaires.
- Si l'assurance temporaire immédiate ne peut s'appliquer, tout paiement encaissé à la réception de cette proposition servira à la mise en vigueur du contrat d'assurance.

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Vous a-t-on refusé, supprimé, modifié ou différé une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà souffert de maladies cardiovasculaires telles que souffle au coeur, douleurs à la poitrine, palpitations, infarctus, maladies vasculaires périphériques, de cancer, de SIDA ou anomalie du système immunitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous été admis dans un établissement médical, appris que vous devrez l'être, ou appris que vous devrez subir une intervention chirurgicale ou une investigation pour une raison autre que soins dentaires, grossesse ou césarienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue ou avez-vous été conseillé à ce sujet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, refusé de passer le test d'ivresse et/ou votre permis a-t-il été suspendu pour l'une de ces raisons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous atteint ou dépassé l'âge de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, ou l'un des assurés est-il plus jeune que 15 jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H – Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile

Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.

1. _____ | A | A | A | A | M | M | J | J | M F
 a) Prénom et nom b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés, s'il y a lieu
 _____ \$ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 k) Assurance en vigueur (vie / maladie grave) l) Nom de la compagnie m) Capital assuré n) Date d'émission

2. _____ | A | A | A | A | M | M | J | J | M F
 a) Prénom et nom b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés, s'il y a lieu
 _____ \$ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 k) Assurance en vigueur (vie / maladie grave) l) Nom de la compagnie m) Capital assuré n) Date d'émission

3. _____ | A | A | A | A | M | M | J | J | M F
 a) Prénom et nom b) Date de naissance c) Sexe
 _____ PI M _____ LB KG
 d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) e) Taille f) Poids
 _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital h) Adresse i) Date de la dernière consultation

 j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements recommandés, s'il y a lieu
 _____ \$ | A | A | A | A | M | M | J | J |
 k) Assurance en vigueur (vie / maladie grave) l) Nom de la compagnie m) Capital assuré n) Date d'émission

	Oui	Non
4. L'un ou l'autre des enfants à être assurés :		
a) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'une malformation congénitale ou de maladie héréditaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre maladie ou affection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) s'est-il fait refuser, surprimer ou différer une proposition d'assurance vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si 4 a), 4 b) ou 4 c) a été répondu à l'affirmative, inscrire le(s) prénom(s) de l' (des) enfant(s) et détailler :		

5. Tous les enfants à être assurés sont-ils présentement en bonne santé et exempts de toute maladie ou incapacité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la négative, inscrire le(s) prénom(s) de l' (des) enfant(s) et détailler :		

Si l'Avenant Juvénile est demandé, veuillez aussi remplir le *Questionnaire maladies graves – Enfants*.

I – Antécédents personnels

- SI LE PARAMÉDICAL OU L'EXAMEN MÉDICAL EST UNE EXIGENCE SELON L'ÂGE ET LE MONTANT, NE PAS COMPLÉTER LA SECTION I.

Fournir les détails des réponses affirmatives ici et s'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. a) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué des activités telles que : course de véhicule motorisé, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme ou escalade, bungee, ski hors piste (heliski, catski, etc.) ou autre sport dangereux? Dans l'affirmative, préciser l'activité. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous l'intention de pratiquer l'une de ces activités dans les deux (2) prochaines années? Dans l'affirmative, préciser l'activité. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. a) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous effectué des vols en tant que pilote, élève pilote ou membre de l'équipage? Dans l'affirmative précisez. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous l'intention de faire de l'aviation en tant que pilote, élève pilote ou membre de l'équipage? Dans l'affirmative, préciser. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route, et/ou votre permis a-t-il été suspendu? Dans l'affirmative, donner les dates et les détails. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, refusé de passer le test d'ivressomètre et/ou votre permis a-t-il été suspendu pour l'une de ces raisons? Dans l'affirmative, donner les dates et les détails pertinents. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, donner le genre et le nombre de consommations par semaine (1 consommation = 1 verre de vin (5 onces) ou 1 bière (12 onces) ou 1,5 onces de spiritueux). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà consommé plus de boissons alcoolisées dans le passé? Dans l'affirmative, donner le genre, le nombre de consommations par semaine, ainsi que la date du changement de vos habitudes (1 consommation = 1 verre de vin (5 onces) ou 1 bière (12 onces) ou 1,5 onces de spiritueux). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez répondu « OUI » aux questions 4 a) ou 4 b), veuillez répondre à la question 4 c) ci-dessous.				
c) Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement pour abus d'alcool ou avez-vous déjà consulté concernant votre consommation d'alcool? Dans l'affirmative, donner la date, le traitement, le résultat et remplir le questionnaire sur l'usage de boissons alcooliques. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. a) Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues telles que cannabis (marijuana, haschich, etc.), LSD, cocaïne, héroïne, amphétamine (speed), stéroïde anabolisant ou d'autres narcotiques? Dans l'affirmative, remplir le tableau suivant et répondre à la question 5 b) ci-dessous :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement pour abus de drogue ou avez-vous déjà consulté concernant votre consommation de drogue? Dans l'affirmative, donner la date, le traitement, le résultat et remplir le questionnaire sur l'usage de drogues. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle? Dans l'affirmative, fournir la date, les circonstances, le(s) chef(s) d'accusation et la sentence (date du début et fin de probation s'il y a lieu). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I – Antécédents personnels (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives ici et s'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
7. a) Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, préciser l'endroit, la date et la durée. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous l'intention dans les deux (2) prochaines années de voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire relatif aux voyages et résidence à l'étranger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déclaré faillite au cours des trois (3) dernières années? Dans l'affirmative, donner les détails suivants : <input type="checkbox"/> Faillite personnelle Montant : _____ \$ <input type="checkbox"/> Faillite professionnelle/commerciale Montant : _____ \$ Date de déclaration: A A A A M M J J Date de libération: A A A A M M J J	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J – Antécédents médicaux

- SI LE PARAMÉDICAL OU L'EXAMEN MÉDICAL EST UNE EXIGENCE SELON L'ÂGE ET LE MONTANT, NE PAS COMPLÉTER LA SECTION J.

Assuré 1

1. a) Taille _____ PI M
Poids _____ LB KG

b) Perte de poids depuis les 12 derniers mois? **Perte :** Non Oui Combien : _____
Précisez la ou les raisons pouvant expliquer cette variation : _____

c) Nom et adresse du médecin ou de la clinique détenant votre dossier médical : _____

d) Date et raison de la dernière consultation : _____
Résultats : _____

e) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____

f) Examens subis : _____
Résultats : _____

g) Examens futurs ou suivis recommandés : _____

h) Traitements donnés et/ou médicaments prescrits : _____

Assuré 2

1. a) Taille _____ PI M
Poids _____ LB KG

b) Perte de poids depuis les 12 derniers mois? **Perte :** Non Oui Combien : _____
Précisez la ou les raisons pouvant expliquer cette variation : _____

c) Nom et adresse du médecin ou de la clinique détenant votre dossier médical : _____

d) Date et raison de la dernière consultation : _____
Résultats : _____

e) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____

f) Examens subis : _____
Résultats : _____

g) Examens futurs ou suivis recommandés : _____

h) Traitements donnés et/ou médicaments prescrits : _____

J – Antécédents médicaux (suite)

Pour chaque réponse affirmative à la question 2, encrer le(s) trouble(s) ou affection(s) et fournir les détails à la Section K. Veuillez préciser les dates, le diagnostic, les examens, les consultations, les médicaments prescrits, les traitements, les résultats, le nom des médecins traitants et les établissements de santé consultés.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous déjà été traité, présenté des symptômes, ou été diagnostiqué pour l'un ou l'autre des troubles ou des affections suivantes?				
a) système cardiovasculaire : douleurs thoraciques, hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, souffle cardiaque, crise cardiaque (infarctus), angine, palpitations ou trouble de rythme, ECG anormal, hypertension pulmonaire, maladies vasculaires périphériques, caillots sanguins, accident ischémique transitoire (ICT), accident vasculaire cérébral (AVC), tout autre trouble du cœur ou de la circulation ou toute autre chirurgie cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, fibrose kystique, apnée du sommeil, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), tuberculose, crachement de sang, essoufflement, toux chronique et persistante ou tout autre trouble respiratoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) système digestif : ulcères, colite, saignement, polypes ou tout autre trouble de l'estomac, de l'oesophage, du pancréas, du foie tels que hépatite (incluant les porteurs d'hépatite) et cirrhose ou de l'appareil intestinal tels que diarrhée chronique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie intestinale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) système génito-urinaire : sucre, protéine, sang ou pus dans les urines, calculs ou trouble des reins tels que l'insuffisance rénale ou les néphrites, trouble des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes reproducteurs, infections transmises sexuellement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) trouble des seins : masse, bosse, kyste, autres changements physiques ou résultats anormaux de mammographie ou de biopsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) système neurologique : perte de conscience ou d'équilibre, étourdissements, migraine, convulsions, épilepsie, engourdissements, névrite optique, sclérose en plaques, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), paralysie cérébrale, faiblesse des extrémités, perte de sensation, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, affection du motoneurone, paralysie, maladie dégénérative ou toute autre affection touchant le cerveau ou la moelle épinière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) système ORL : affection des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche ou de la gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) système endocrinien et lymphatique : diabète, glycémie élevée, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, glandes hypertrophiées, infection inexplicée ou toute forme d'affection endocrinienne, glandulaire, maladie maligne ou tout trouble des glandes lymphatiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) système immunitaire : syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS), VIH positif ou toute autre déficience du système immunitaire, subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) trouble psychologique : dépression, anxiété, trouble d'adaptation, trouble de panique, épuisement professionnel (burn out), maladie bipolaire, fatigue chronique, insomnie, tentative de suicide, idées suicidaire, trouble alimentaire, trouble de l'attention et hyperactivité (TDAH), schizophrénie, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) cancer ou tumeur : cancer, leucémie, tumeur, kyste, nodule, polype, grain de beauté, masse ou excroissance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) autres affections : trouble de la peau, trouble du sang tel que l'anémie et les troubles de coagulation ou toute autre maladie ou désordre physique non mentionné ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) système musculo-squelettique : trouble ou douleur au dos et au cou, arthrose, hernie discale, entorse, tendinite, bursite, douleur chronique, fibromyalgie, dystrophie musculaire, arthrite, amputation ou tout autre trouble ou affection des os, des muscles, des ligaments ou des articulations telles que les épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles ou pieds? Veuillez donner les détails des cinq (5) dernières années seulement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prenez-vous des médicaments actuellement (autres que ceux mentionnés précédemment)? Dans l'affirmative, préciser le nom, la posologie, la date de début de traitement ainsi que la raison pour laquelle il vous a été prescrit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prévoyez-vous recevoir un traitement, être hospitalisé, subir une opération ou tout autre test, qui n'aurait pas encore été fait?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été admis en tant que patient dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical? Dans l'affirmative, préciser les endroits, les dates, les raisons et les résultats.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J – Antécédents médicaux (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives ici, et s'il manque d'espace, continuer à la Section K.				Assuré 1		Assuré 2	
				Oui	Non	Oui	Non
7. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous subi une radiographie, un électrocardiogramme (au repos ou à l'effort) ou des examens de laboratoire, biopsie, test d'imagerie par résonance magnétique ou tout autre examen à des fins diagnostiques? Dans l'affirmative, préciser les dates, les raisons et les résultats de ces tests.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous déjà été absent du travail ou cessé de vaquer à vos occupations régulières, touché des prestations d'invalidité ou des avantages quelconques à la suite d'un accident ou d'une maladie? Dans l'affirmative, préciser la date, la raison et la durée.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que vos activités quotidiennes sont limitées par une maladie physique ou mentale?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté un chiropraticien, physiothérapeute, psychologue, audiologiste, ergothérapeute, ostéopathe, podiatre, acupuncteur ou tout autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, remplir le tableau suivant :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré	Professionnel consulté	Raison/diagnostic	Date du premier traitement	Date du dernier traitement	Nombre de traitement par année	Date des derniers symptômes	
11. Un ou des membres de votre famille, soit père, mère, frère ou soeur a-t-il souffert de l'une des maladies suivantes : maladie cardiaque, ischémie cérébrale 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, remplir le tableau suivant :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré	Lien de parenté	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès	
12. Au cours des 5 dernières années, 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, shisha, noix de bétel, gomme à mâcher Nicorette, cigarette électronique ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine? Si OUI, fournir les détails suivants :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom de l'assuré	Type	Quantité par jour	Date de la dernière utilisation				
			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				
13. Pour femmes seulement :							
a) Êtes-vous enceinte présentement? Dans l'affirmative, préciser le nombre de semaines de grossesse, votre poids avant la grossesse.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez vous ou avez-vous déjà eu des complications de grossesse (césarienne, pré-éclampsie, grossesse ectopique, autre)? Dans l'affirmative, fournir les détails.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L – Déclarations, autorisations et signatures

Les soussignés :

1. Convientent qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou agissant en son nom. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente proposition et que ces renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Les soussignés conviennent également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
2. Convientent que toute information qu'ils ont divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, leurs antécédents médicaux et leur état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Les soussignés conviennent que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
3. Convientent que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
4. Convientent que, si une note de couverture provisoire procurant une garantie d'assurance temporaire immédiate a été établie relativement à une assurance vie, le montant payable en vertu de ladite note et de toutes autres notes de couverture provisoires établies par SSQ, Société d'assurance-vie inc. sur la tête de chaque assuré est limité au moindre de 500 000 \$ et le capital assuré total faisant l'objet des propositions d'assurance soumises.
5. Convientent que, si une note de couverture conditionnelle a été établie relativement à une assurance maladies graves, le montant payable sera le moindre du capital assuré demandé dans la présente proposition et 500 000 \$ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves en suspens ou en vigueur auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc.
6. Convientent que la présente proposition ainsi que la note de couverture provisoire ci-jointe se rapportant à une assurance vie, et la note de couverture conditionnelle ci-jointe se rapportant à l'assurance maladies graves, le cas échéant, sont assujetties aux lois de la province de résidence du propriétaire au moment où le contrat est émis, sous réserve des lois applicables.
7. Convientent que, dans le produit Tempo Plus, le montant de la prestation payable en cas d'invalidité totale sera en fonction du montant des mensualités admissibles du ou des prêts admissibles en vigueur au moment de l'invalidité totale, et ce peu importe le montant mensuel souscrit dans la présente proposition d'assurance. La prestation payable n'excédera pas le montant mensuel souscrit dans la présente proposition, sous réserve des modalités du contrat. Si aucune mensualité admissible n'est en vigueur au moment de l'invalidité totale, les soussignés conviennent que la responsabilité de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitera au remboursement des primes perçues depuis l'acquittement du ou des prêts, étant entendu que ce remboursement n'excédera pas une période de dix-huit (18) mois précédant la demande de prestation en cas d'invalidité totale.
8. Convientent avoir reçu les explications du conseiller concernant la possibilité de modification de régime fiscal qu'entraînent certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité, le cas échéant, et qu'à ce titre l'entièreté du contrat pourrait être soumis aux règles fiscales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, si ce n'est pas déjà le cas.
9. Autorisent tout professionnel de la santé, hôpital ou établissement de santé ou de services sociaux privé ou public, toute compagnie d'assurances, tout réassureur ou toute autre institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements à leur sujet ou sur leur état de santé à les communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou à ses réassureurs, lesquels renseignements seront traités confidentiellement et consignés au dossier mentionné à l'« Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels » qu'ils ont lu.
10. Autorisent SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ses réassureurs aux fins de la sélection, de l'appréciation des risques, de l'établissement de la prime, de l'administration de l'assurance et du règlement des sinistres seulement : à recueillir, retenir et échanger 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'évaluation de crédit ou 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. Les soussignés autorisent aussi SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ses réassureurs à produire un bref rapport de leurs renseignements personnels au MIB Inc. 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 dans ces derniers avis.
11. Déclarent que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt sont exacts et complets et s'engagent à fournir à SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.
12. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
13. Déclarent avoir reçu l'Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s) et confirment d'en accepter les conditions.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
Date

X

Signature de l'assuré 1

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'assuré mineur (assurance enfant)

X

Signature du propriétaire 1 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

Si le propriétaire est une personne morale ou autre entité :

Nom et titre du signataire autorisé

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature de l'assuré 2

X

Signature du propriétaire 2 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

X

Signature

X

Signature

M – Accord de débits préautorisés

- J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
- Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser SSQ, Société d'assurance-vie inc. avant la date dudit renouvellement.
- Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
- Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, SSQ, Société d'assurance-vie inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
- J'accepte de signaler par lettre à SSQ, Société d'assurance-vie inc. tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
- Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
- J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
- J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance-vie inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
- Dans le cas où je demande à SSQ, Société d'assurance-vie inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
- Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à SSQ, Société d'assurance-vie inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnipay.ca.
- Je comprends que SSQ, Société d'assurance-vie inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
- Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec SSQ, Société d'assurance-vie inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par SSQ, Société d'assurance-vie inc.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnipay.ca.

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Comptabilité des primes

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».



Avis important : À défaut de fournir les renseignements ci-dessous et de fournir un chèque spécimen, SSQ, Société d'assurance-vie inc. effectuera les débits préautorisés sur le compte bancaire du chèque joint à cette proposition.

Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

Succursale

Numéro de l'institution financière

Numéro de compte

Autorisation bancaire

S'agit-il d'un compte conjoint? Oui Non

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

 Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
 (en caractères d'imprimerie)

X

 Signature

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

 Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée
 (en caractères d'imprimerie)

X

 Signature

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

N – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

1. Source

Venant de l'assuré Cas référé Connaissance Client Vie Client I.A.R.D. Autre (précisez) : _____

2. Relation avec l'assuré

Ami personnel Lien de parenté (précisez) : _____ Autre (précisez) : _____

Depuis quand connaissez-vous chaque assuré? Assuré 1 : A A A A M M J J Assuré 2 : A A A A M M J J

3. Avez-vous des doutes sur l'assurabilité de l'un des assurés?

Oui Non Dans l'affirmative, spécifier : _____

4. Êtes-vous personnellement au courant des habitudes de la (des) personne(s) à assurer?

Oui Non Dans l'affirmative, donner des détails : _____

5. Quelle(s) langue(s) a (ont) été employée(s) pour remplir la proposition? _____

6. La (les) personne(s) à assurer vous a-t-elle (ont-elles) dit comprendre la langue employée pour remplir la proposition?

Oui Non

7. Si une autre langue que le français a été employée, veuillez nous indiquer le nom de la personne qui a expliqué la proposition aux personnes à assurer. Cette personne ne peut être le bénéficiaire ou un membre de la famille de la (des) personne(s) à assurer.

N1 – Exigence de sélection

Preuves d'assurabilité commandées auprès de	Exigences commandées
<input type="checkbox"/> Solutions d'assurance Dynacare <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> ExamOne <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> Date de la demande des preuves d'assurabilité _____ Numéro de la commande	<input type="checkbox"/> Paramédical <input type="checkbox"/> ECG au repos <input type="checkbox"/> Examen médical <input type="checkbox"/> ECG à l'effort <input type="checkbox"/> Analyse d'urine VIH <input type="checkbox"/> Signes vitaux <input type="checkbox"/> Profil sanguin <input type="checkbox"/> Antigène prostatique spécifique (pour les hommes) Le rapport d'enquête (RE), le rapport du dossier de conduite automobile (RC)* et le rapport du médecin traitant (RMT) sont commandés par SSQ, Société d'assurance-vie inc. lorsque requis. * En Alberta, le client doit commander le RC lui-même.

N2 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document *Communication de renseignements concernant les conseillers* au(x) propriétaire(s) lequel l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où la demande a été signée.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande d'assurance sont exacts.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'elle apparaît dans la Section N3.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (assurance vie entière et assurance vie universelle)

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, j'ai vérifié l'identité des personnes qui ont apposé leur signature à la présente proposition en qualité de propriétaire(s), en examinant tous les documents originaux fournis et en rencontrant le(s) propriétaire(s) pour remplir la présente proposition.

Détermination de l'existence d'un tiers (assurance vie entière et assurance vie universelle)

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, j'ai fait des efforts raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

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

N3 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de la proposition ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu)
(en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu)
(en caractères d'imprimerie)

Agence

Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %)

Téléphone

Je ne possède pas de code de conseiller avec SSQ, Société d'assurance-vie inc. Il s'agit de ma première proposition.

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

O – Avis et notes de couverture

O1 – Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si TOUTES les personnes à assurer sont âgées de 30 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture conditionnelle et la remettre au propriétaire.

Qu'une prime ait été perçue ou non avec la proposition, aucune garantie n'est donnée en vertu de la présente note de couverture conditionnelle si l'une ou l'autre des conditions énoncées ci-après, ou au verso, ne sont pas respectées.

Note de couverture – assurance maladies graves

SSQ, Société d'assurance-vie inc. offre une assurance maladies graves provisoire CONDITIONNELLE gratuite conformément aux conditions énoncées ci-après et au verso. La présente note de couverture conditionnelle, sous réserve des dispositions habituelles s'appliquant au contrat souscrit, entrera en vigueur :

- à la date de réception d'une preuve d'assurabilité satisfaisante pour toutes les personnes à assurer (la « date d'effet »); et
- à la condition qu'il soit établi que toutes les personnes à assurer représentaient un risque régulier à la date d'effet, selon les règles et les pratiques courantes de SSQ, Société d'assurance-vie inc. en matière de sélection des risques; et
- à la condition qu'un paiement d'un montant équivalent ou supérieur à celui de la première prime mensuelle soit, à la fois, perçu et encaissable à la date à laquelle la proposition d'assurance a été signée par toutes les personnes à assurer et par le conseiller en sécurité financière / représentant; et
- à la condition que le paiement susmentionné ait été émis à SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ait été honoré par l'institution financière lors de sa première présentation.

La note de couverture conditionnelle expirera à la date d'effet du contrat demandé.

O2 – Note de couverture provisoire – assurance temporaire immédiate – assurance vie

Reçu de _____ la somme de _____ \$

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si TOUTES les personnes à assurer sont âgées de 15 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture provisoire et la remettre au propriétaire.

- La somme versée au conseiller en sécurité financière / représentant doit représenter la première prime mensuelle ou un douzième (1/12) de la prime modale annuelle et être encaissable à la date à laquelle les personnes à assurer signent la proposition d'assurance.
- La présente note de couverture ne pourra pas entrer en vigueur si le paiement n'est pas honoré lors de sa première présentation.
- Personne n'est autorisé à modifier les conditions de la présente note de couverture.
- **Voir dispositions et conditions au verso.**

Signée à (ville et province)

X _____

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

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

Date

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

O3 – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au MIB Inc.

Les renseignements relatifs à chaque personne à assurer seront traités confidentiellement et seront consignés dans le dossier mentionné à l'Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels. Cependant, SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à MIB Inc., un organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave auprès d'une compagnie membre du MIB Inc., ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le MIB Inc. fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse du MIB Inc. :

MIB Inc., 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada M5G 1R7, téléphone : (416) 597-0590.

SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs pourront eux aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance accident-maladie ou une assurance en cas de maladie grave ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités. La signature de la clause d'autorisation vaut consentement de la part des assurés pour la communication des renseignements au MIB Inc.

Vous pouvez obtenir de l'information concernant MIB Inc. en consultant leur site Internet au : www.mib.com.

Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves (suite)

Le capital assuré en vertu de l'assurance maladies graves pour une personne à assurer aux termes de la présente note de couverture sera limité au moindre :

- du capital assuré demandé dans la présente proposition sur la tête de la personne à assurer; et
- de 500 000 \$ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves payable par SSQ, Société d'assurance-vie inc. pour la personne à assurer.

Si toute personne à assurer reçoit un diagnostic de cancer, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si toute personne à assurer décède dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une maladie grave couverte, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si toute personne à assurer est âgée de moins de 30 jours ou de 66 ans et plus, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Dispositions et conditions – assurance temporaire immédiate – assurance vie

1. MONTANT DE LA COUVERTURE ET LIMITES

En considération du paiement de la prime indiquée à la Section D, SSQ, Société d'assurance-vie inc. consent à fournir une garantie d'assurance temporaire immédiate, à concurrence d'un maximum de 500 000 \$, sur la tête de chacun des assurés selon les dispositions et conditions attachées à la présente note de couverture provisoire. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section C est inférieur à 500 000 \$, la somme indiquée à la Section C constituera le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section C est égal ou supérieur à 500 000 \$, le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate sera 500 000 \$. En cas de décès du ou des assuré(s) pendant que l'assurance temporaire immédiate est en vigueur, toute prime payée qui excède la prime requise pour une couverture de 500 000 \$ sera remboursée. Le maximum de 500 000 \$ comprend les autres notes de couverture provisoires émises par SSQ, Société d'assurance-vie inc., tel qu'indiqué à la Section L (article 4).

2. DÉBUT DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate prend effet dès que la note de couverture provisoire est signée pourvu que la prime requise de tous les assurés soit payée et que les réponses aux questions 1 à 6 pour l'assurance temporaire immédiate de la Section G de la proposition soient toutes négatives.

3. FIN DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate se termine automatiquement lors de la première des éventualités suivantes :

- a) 90 jours après la date de la présente proposition;
- b) la date à laquelle une contre-offre est présentée à votre conseiller en sécurité financière / représentant;

- c) la date à laquelle le contrat demandé prendra effet;
- d) la date à laquelle SSQ, Société d'assurance-vie inc. avise le(s) propriétaire(s) de la résiliation de l'assurance temporaire immédiate;
- e) la date à laquelle SSQ, Société d'assurance-vie inc. refuse cette proposition.

SSQ, Société d'assurance-vie inc. peut mettre fin en tout temps à la présente assurance temporaire immédiate pourvu qu'elle en avise le(s) propriétaire(s). À la fin de la couverture de l'assurance temporaire immédiate en vertu de 3 a), b), c) ou d) ci-dessus, SSQ, Société d'assurance-vie inc. conserve la prime reçue afin de l'appliquer lors de la mise en vigueur du contrat d'assurance.

4. EXCLUSIONS ET PARTICULARITÉS

- a) Les garanties supplémentaires demandées à la Section C5 de la proposition sont exclues de l'assurance temporaire immédiate.
- b) L'Avenant en cas d'invalidité totale afférent au produit Tempo Plus est exclu de l'assurance temporaire immédiate.
- c) En cas de suicide, de fraude ou de fausses déclarations, l'assurance temporaire immédiate deviendra nulle et la responsabilité de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitera à rembourser la prime payée au(x) propriétaire(s).
- d) Le conseiller en sécurité financière / représentant n'est pas autorisé à offrir l'assurance temporaire immédiate à un assuré de moins de 15 jours ou de 66 ans et plus.
- e) Les produits de maladies graves sont exclus de l'assurance temporaire immédiate.

Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s) (suite)

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance-vie inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance-vie inc. avise les assurés que tous les renseignements recueillis auprès de ceux-ci ou auprès de tiers, tel que mentionné dans la présente proposition pour apprécier les risques, l'établissement de la prime et les réclamations, sont versés dans un dossier dont l'objet est « Assurances de personnes ». Ce dossier contient un exemplaire électronique de la présente proposition et les assurés reconnaissent que cet exemplaire électronique pourra légalement tenir lieu d'original. Seuls les préposés, mandataires ou agents de SSQ, Société d'assurance-vie inc. et les personnes autorisées par l'assuré ont accès à ce dossier lorsque requis pour l'exercice de leurs fonctions, l'exécution de leurs mandats ou pour des fins autorisées par l'assuré. Ce dossier est détenu au bureau de SSQ, Société d'assurance-vie inc. L'assuré a le droit d'avoir accès aux renseignements personnels qui y sont contenus et le cas échéant, de les faire rectifier. Pour se prévaloir de son droit d'accès ou de rectification, l'assuré doit transmettre sa demande par écrit à SSQ, Société d'assurance-vie inc. au 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9, à l'attention du responsable de l'accès à l'information. La signature du formulaire d'autorisation à la fin de la présente proposition vaut consentement des assurés à la susdite cueillette de renseignements qui seront consignés dans le dossier mentionné ci-dessus.

P – Paiement par carte de crédit (1^{re} prime seulement)

- Ce mode de paiement est offert uniquement pour les nouvelles affaires.
- Si la fréquence de paiement de la prime est annuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à 1/12^e de la prime annuelle (ou 1/12^e de la prime MINIMUM annuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.
- Si la fréquence de paiement de la prime est mensuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à la première prime mensuelle (ou première prime MINIMUM mensuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.

Nom du payeur

Numéro de contrat

Visa MasterCard

Numéro de carte de crédit

Date d'expiration

X
Signature

_____ \$
Versement de la 1^{re} prime (encaissement à la réception de cette 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. à 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.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré		Date
_____	X	_____	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)	Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)		Date

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. à 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.

_____	X	_____	A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré		Date
_____	X	_____	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)	Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)		Date

