

Nom de la personne à assurer

Date d'envoi

Numéro de dossier

Répondre à chacune des questions suivantes. Pour chaque réponse affirmative, nous vous prions de bien vouloir fournir les renseignements demandés. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et signée.

1 Sexe : F M Date de naissance : | | A | | M | | J | Occupation : _____

2 Grandeur : _____ pi _____ po OU _____ cm Poids : _____ lb OU _____ kg

3 Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical : _____

4 Avez-vous déjà consulté pour ce qui suit ou en avez-vous déjà présenté un ou des symptômes : troubles du cœur ou des vaisseaux sanguins, taux de cholestérol élevé, tension artérielle élevée, troubles des reins, diabète, hépatite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, troubles de dos, arthrite, troubles pulmonaires, apnée du sommeil, cancer ou tumeur, séropositivité ou SIDA, troubles nerveux ou mentaux, sclérose en plaques, problèmes de santé dus à un accident ou toute autre maladie? **OUI NON**

Date : | | A | | M | | Trouble(s) : _____

5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été admis(e) dans un hôpital ou tout autre établissement de santé?

Date : | | A | | M | | Durée du séjour : _____ Raison et opération : _____

6 a) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé tel un psychologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou autres?
Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et signée.

Nom et adresse du médecin ou professionnel consulté : _____

Raison de la consultation : _____ Diagnostic (nom de la maladie) : _____

Date de première consultation : | | A | | M | | Date de dernière : | | A | | M | | Nombre total de consultations : _____

Précisez votre état de santé actuel : Guérison complète Amélioration Aucune amélioration Aucun trouble

b) Est-ce que des médicaments ou des traitements vous ont été prescrits?

Nom ou nature : _____ Date de début : | | A | | M | | Date de fin : | | A | | M | |

c) Avez-vous passé des tests sanguins ou d'urine, radiographies, électrocardiogrammes ou autres tests de diagnostic?

Lesquels : _____ Date : | | A | | M | | Résultats : _____

7 Prévoyez-vous consulter un médecin ou un professionnel de la santé tel un psychologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou autres ou subir une opération prochainement?

Date : | | A | | M | | Précisez : _____

8 Prenez-vous des médicaments, recevez-vous des traitements ou suivez-vous une diète?

Nom ou nature : _____ Raison : _____

9 Avez-vous subi, devez-vous subir ou vous a-t-on conseillé de subir un test de dépistage du VIH/SIDA?

Date : | | A | | M | | Raison : _____ Résultat : _____

10 Présentez-vous des anomalies physiques ou mentales, infirmités ou séquelles d'accident?

Précisez : _____

RÉPONDRE AUX QUESTIONS 11 À 17 EXCEPTÉ POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

11 Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absent(e) de votre travail ou avez-vous cessé de vaquer à vos occupations régulières, pour une période de 7 jours ou plus, en raison de maladie(s) ou blessure(s)?

Date : | | A | | M | | Durée : _____ Raison : _____

12 Au cours des 12 dernières mois, avez-vous fumé un produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe ou fumé de la drogue?

13 a) Consommez-vous des boissons alcooliques?

Quantité par semaine : bière : _____ bouteille(s); vin : _____ verres(s); alcool : _____ once(s)

b) En avez-vous déjà fait une plus grande consommation?

Depuis quand avez-vous changé vos habitudes et pourquoi? Date: | | A | | M | | Raison : _____

Quantité passée par semaine : bière : _____ bouteille(s); vin : _____ verres(s); alcool : _____ once(s)

c) Avez-vous déjà consommé de la marijuana, du hachisch ou du cannabis?

Quantité : _____ Fréquence : _____ Durée : de | | A | | M | | à | | A | | M | |

d) Avez-vous déjà consommé de la cocaïne, du LSD, de l'héroïne ou d'autres stupéfiants?

Sorte _____ Quantité : _____ Fréquence : _____ Durée : de | | A | | M | | à | | A | | M | |

e) Avez-vous déjà suivi une cure de désintoxication ou vous a-t-on conseillé de le faire?

Date : | | A | | M | | Nom de l'établissement : _____

14 Avez-vous l'intention de voyager ou de résider hors du Canada ou des Etats-Unis?

Date : | | A | | M | | Destination : _____ Durée du séjour : _____

15 Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou vous a-t-il été retiré?

Date : | | A | | M | | Raison : _____

16 Avez-vous été reconnu coupable d'infractions ou d'actes criminels ou des accusations d'infractions ou d'actes criminels ont-elles été portées contre vous?

Date : | | A | | M | | Nature du ou des actes criminels : _____ Sentence : _____

17 Au cours des 5 dernières années, avez-vous participé à des sports dangereux tels que : alpinisme, parachutisme, courses de véhicules motorisés, deltaplane, plongée sous-marine, ultraléger, aviation privée ou autres?

Sport : _____ Dernière participation : | | A | | M | | Avez-vous encore l'intention de pratiquer ce sport? _____

18 Est-ce qu'une de vos demandes d'assurance a déjà été refusée, modifiée ou acceptée avec une surprime ou une exclusion?

Date : | | A | | M | | Raison : _____ Assureur : _____

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Je déclare avoir lu la présente déclaration et atteste que les réponses ci-dessus sont complètes, véridiques et conformes à mes déclarations et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je reconnais avoir gardé une copie du présent formulaire rempli et dûment signé. Je sais qu'une fausse déclaration ou une réticence peut entraîner la nullité des garanties obtenues en vertu de cette demande. Je reconnais avoir pris connaissance des deux avis apparaissant au verso relatifs à la protection des renseignements personnels et au Bureau des renseignements médicaux, et y consens. J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc., ses réassureurs et ses mandataires, aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité et de la gestion de l'assurance, incluant le règlement des prestations :

- a) à ne recueillir seulement que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès des personnes physiques ou morales, ou de tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet d'un enfant à charge selon les termes du contrat, y compris des médecins, des établissements médicaux, le Bureau des renseignements médicaux et d'autres assureurs;
 - b) et à ne communiquer seulement que les renseignements personnels nécessaires qu'elle possède à mon sujet ou au sujet d'un enfant à charge selon les termes du contrat à ces mêmes personnes ou organismes.
- Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Cette autorisation est valide pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles elle a été demandée.

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

Signature de la personne à assurer : _____
(Père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans)

AVIS RELATIF AU BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les renseignements touchant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Cependant, SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs pourront en soumettre un résumé au Bureau des renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom des compagnies membres. Si vous adressez une proposition d'assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie membre ou si vous demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède à votre sujet.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau des renseignements médicaux vous fera connaître les renseignements figurant à votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander de les rectifier. Voici l'adresse: Bureau des renseignements médicaux, 330, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1R7 Téléphone: 416 597-0590.

Par ailleurs, SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs pourront également communiquer des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie, une assurance maladie, des prestations ou des indemnités.

AVIS RELATIF À LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des réclamations ou toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier.

Votre dossier est détenu dans les bureaux de l'entreprise. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier, et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

2525 boul. Laurier

C.P. 10500, succursale Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus.»