



**Assurance
individuelle**

Proposition de contrat

Pour les produits suivants :

- Assurance vie à émission simplifiée
- Assurance vie à émission garantie

Version : Juin 2020

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9
1 800 565-4550
ssq.ca

Table des matières

A – Renseignements de base	3
B – Renseignements généraux.....	4
B1 – Personne à assurer	4
B2 – Renseignements sur l’emploi	4
B3 – Propriétaire(s)	4
B4 – Vérification de l’identité	5
B5 – Bénéficiaire(s) – assurance vie.....	6
C – Produits d’assurance.....	7
C1 – Assurance vie à émission simplifiée.....	7
C2 – Assurance vie à émission garantie	7
D – Paiement des primes.....	7
D1 – Fréquence de paiement.....	7
D2 – Paiement de la première prime.....	7
D3 – Versement des primes	7
D4 – Jour de prélèvement	7
E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée en tout temps).....	8
F – But de l’assurance	8
F1 – Assurance personnelle	8
G – Questions générales	8
H – Questions médicales.....	8
I – Questions sur les habitudes de vie.....	10
J – Question sur la taille et le poids	11
K – Déclarations, autorisations et signatures	12
L – Accord de débits préautorisés	13
M – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant	14
M1 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant	14
M2 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant.....	15
N – Avis.....	16
N1 – Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s).....	16

Numéro de contrat

Numéro de la proposition

A – Renseignements de base

- Pour plus d'un assuré, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.
- **Veillez soumettre TOUTES les pages de cette proposition, même si aucune information n'est inscrite sur certaines pages.**

Nouvelle proposition Modification Remise en vigueur

Langue de correspondance : Français Anglais

Modifications de contrat

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer à la Section K de cette proposition.

Changement à taux non-fumeur

Veillez remplir les Sections B1, B2, G, H, I, J, K, M et l'Autorisation à la fin de la proposition.

Changement du capital assuré

Pour une demande d'ajout de capital assuré, veuillez remplir une nouvelle proposition.

Pour une diminution de capital assuré, 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*.

Changement de propriétaire

Pour tout changement de propriétaire, veuillez utiliser le formulaire *Transfert de propriété (cession absolue)*.

Transformation d'un produit temporaire vers un produit permanent à émission simplifiée

Veillez utiliser le formulaire *Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité*.

Remise en vigueur

Pour toute demande de remise en vigueur, veuillez remplir les Sections B1, B2, B3, B4, D1, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N et l'Autorisation à la fin de la proposition.

B4 – Vérification de l'identité

Le conseiller en sécurité financière/représentant doit :

- remplir cette section pour toute demande d'assurance;
- vérifier l'identité de l'assuré en tout temps;
- examiner le document applicable indiqué pour la 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 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**Nom de l'assuré (apparaissant sur le document)**

- Permis de conduire Passeport Carte de citoyenneté avec photo
 Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :

		A A A A M M J J
Numéro du document	Territoire de compétence	Date d'expiration du document

B5 – Bénéficiaire(s) – assurance vie

- 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

_____ %

Prénom et nom du bénéficiaire 1

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Prénom et nom du bénéficiaire 2

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Prénom et nom du bénéficiaire 3

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Prénom et nom du bénéficiaire 4

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

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

Assuré

_____ %

Bénéficiaire subsidiaire 1 (En cas de décès du bénéficiaire 1 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Bénéficiaire subsidiaire 2 (En cas de décès du bénéficiaire 2 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Bénéficiaire subsidiaire 3 (En cas de décès du bénéficiaire 3 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

_____ %

Bénéficiaire subsidiaire 4 (En cas de décès du bénéficiaire 4 désigné plus haut, le pourcentage doit être équivalent)

Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)

Conjoint de fait

Marié/Uni civilement

Autre (précisez) : _____

Désignation : Révocable Irrévocable

C – Produits d'assurance

C1 – Assurance vie à émission simplifiée

- Indiquer la couverture et le capital assuré.

	Capital assuré
<input type="checkbox"/> Vie entière simplifiée	\$
<input type="checkbox"/> Vie temporaire 10 simplifiée	\$
<input type="checkbox"/> Vie temporaire 20 simplifiée	\$

C2 – Assurance vie à émission garantie

	Capital assuré
<input type="checkbox"/> Vie entière garantie	\$

D – Paiement des primes

D1 – Fréquence de paiement

- Annuelle
 Mensuelle

- Si aucun choix n'est précisé, la fréquence de paiement sera mensuelle.
 - Pour les débits préautorisés, remplir la Section L.

D2 – 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 L.
 - Si la fréquence de paiement de la prime est annuelle, la première prime doit être payée dans son intégralité par carte de crédit.
 - Si la fréquence de paiement de la prime est mensuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à la première prime mensuelle, sujet à un maximum de 5 000 \$.

Montant de la première prime (il s'agit du montant versé avec la proposition) ou de la prime pour cette demande de remise en vigueur : _____ \$

Cocher une case seulement.

- Débit préautorisé (disponible uniquement lorsque la fréquence de paiement choisie à la Section D1 est mensuelle)

- Carte de crédit

Prélèvement à la réception de cette proposition

Encaissement à la réception de cette proposition

D3 – Versement des primes

Total de la prime annuelle : _____ \$

Prime mensuelle, si applicable : _____ \$

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.

E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée par l'assuré en tout temps)

1. Est-ce que cette proposition remplacera un contrat en vigueur? NON OUI
2. Avez-vous de l'assurance vie individuelle en vigueur? NON OUI
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant total : _____ \$
À noter que le montant total d'assurance vie individuelle en vigueur et demandé ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.
3. Avez-vous de l'assurance individuelle simplifiée en vigueur chez SSQ Assurance? NON OUI
 Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant total : _____ \$
À noter que le montant total d'assurance individuelle simplifiée en vigueur et demandé chez SSQ Assurance ne doit pas dépasser :
 - 500 000 \$ pour les assurés de 18 à 50 ans
 - 249 999 \$ pour les assurés de 51 à 60 ans
 - 99 999 \$ pour les assurés de 61 à 80 ans
4. Avez-vous de l'assurance individuelle à émission garantie en vigueur chez SSQ Assurance? NON OUI
 Dans l'affirmative, veuillez nous indiquer le montant total : _____ \$
À noter que le montant total d'assurance individuelle à émission garantie en vigueur et demandé chez SSQ Assurance ne doit pas dépasser :
 - 50 000 \$ pour les assurés de 18 à 70 ans
 - 25 000 \$ pour les assurés de 71 à 80 ans

F – But de l'assurance

F1 – Assurance personnelle

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

G – Questions générales

	Assuré	
	Oui	Non
1. a) Êtes-vous citoyen Canadien ou résident permanent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Résidez-vous présentement au Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez répondre à la question ci-dessous et passer à la Section K. Pour un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez passer à la Section H.

2. Un médecin vous a-t-il déjà dit qu'il vous restait moins de deux ans à vivre? Oui Non

H – Questions médicales

Si vous souscrivez un produit d'assurance vie à émission simplifiée, veuillez répondre aux questions ci-dessous. Pour un produit d'assurance vie à émission garantie, veuillez passer à la Section K.

Dans le cas d'une réponse affirmative, veuillez répondre aux sous-questions.

	Assuré	
	Oui	Non
Au cours du dernier mois, avez-vous eu un diagnostic de COVID-19 ou été en contact avec une personne ayant eu un diagnostic de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Êtes-vous actuellement confiné à un fauteuil roulant (c'est-à-dire, faites-vous usage d'un fauteuil roulant pour faire la plupart de vos déplacements hebdomadaires), alité (à l'exception des femmes enceintes), hospitalisé ou avez-vous besoin de soins à temps plein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours de votre vie , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour l'une ou l'autre des causes suivantes :		
a) Accident vasculaire cérébral (AVC) ou ischémie cérébrale transitoire (ICT)? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Êtes-vous âgé de 60 ans ou moins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Avez-vous eu plus d'un événement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Est-ce que votre AVC ou ICT remonte à moins de 8 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Crise cardiaque, chirurgie cardiaque ou des artères coronariennes, douleurs à la poitrine (angine), arythmie ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H – Questions médicales (suite)

	Assuré	
	Oui	Non
c) Cancer ou tumeur maligne de la thyroïde? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Est-ce que le diagnostic a été posé au cours des 10 dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Est-ce que vous avez eu des métastases et/ou un traitement de chimiothérapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cancer ou tumeur maligne autre que le cancer de la thyroïde et le carcinome basocellulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabète de type 1 (insulino-dépendant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diabète de type 2? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Êtes-vous âgé de moins de 41 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Avez-vous été diagnostiqué il y a plus de 15 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. À quelle fréquence êtes-vous suivi par votre médecin pour le diabète :		
<input type="checkbox"/> Moins d'une fois par année <input type="checkbox"/> 1 fois par année <input type="checkbox"/> 2 fois par année <input type="checkbox"/> 3 fois par année <input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par année		
iv. Est-ce que votre médication pour le diabète a été modifiée ou augmentée au cours des 6 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Est-ce que vous avez des complications tel que protéine dans les urines, troubles neuromoteurs, rétinopathie, maladie vasculaire périphérique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) i. Hépatite B ou C, cirrhose, insuffisance hépatique, pancréatite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. insuffisance rénale, maladie polykystique des reins, autre maladie rénale chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Anémie (autre qu'une carence en fer diagnostiquée bénigne, traitée et stable) ou autre trouble du sang causant des embolies, phlébites et thromboses récurrentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schizophrénie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide ou hospitalisation pour tout trouble psychologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Lupus systémique, dystrophie musculaire, maladie d'Alzheimer, maladie Parkinson, pertes de mémoire, pertes d'équilibre, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou tout autre trouble neurologique (excluant les migraines investiguées par un médecin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Un dépistage de VIH dont le résultat était positif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? Si oui, veuillez répondre aux sous-questions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Avez-vous reçu le diagnostic dans la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu plus qu'une crise ou poussée par année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 3 dernières années , avez-vous déjà présenté des symptômes ou reçu un diagnostic, un traitement, ou consulté un médecin pour un trouble respiratoire ou pulmonaire (autre que l'asthme, rhume, grippe ou bronchite, apnée du sommeil traité, pneumonie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Imagerie incluant échographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Mammographie ou tout autre test d'imagerie des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ECG (électrocardiogramme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Biopsie ou résultats d'un rapport de pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous été informé d'un résultat anormal à la suite de l'un des tests suivants :		
a) Radiographie ou scan des poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) IRM ou tomographie (CT scan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Échocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) APS (antigène prostatique spécifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous été en arrêt de travail pour plus de 1 mois pour un trouble psychologique ou votre médication pour un trouble psychologique a-t-elle été augmentée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous consulté un médecin pour une maladie ou un trouble qui n'a pas encore été diagnostiqué ou pour lequel des tests sont en cours ou non complétés? Êtes-vous en attente d'une investigation, d'un résultat ou d'une opération?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous reçu un résultat d'un test anormal pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Présentez-vous des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin, tels que : masse ou bosse des seins, essoufflement, douleur thoracique, perte de poids inexplicable, vertiges, perte de mémoire ou d'équilibre, engourdissement, difficulté à uriner, sang dans l'urine, saignement rectal ou tout autres problèmes non mentionnés ci-haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Est-ce qu'un ou des membres de votre famille, soit père, mère, frère ou sœur a déjà souffert de polypose adénomateuse familiale (ou maladie de Gardner), du syndrome de Lynch, de Chorée de Huntington ou de maladie polykystique des reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I – Questions sur les habitudes de vie

	Assuré			
	Oui	Non		
1. Au cours de votre vie , avez-vous reçu des services d'aide (counseling), des traitements ou été avisé de réduire votre consommation ou de suivre un traitement en lien avec votre consommation d'alcool ou de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Au cours des 10 dernières années , avez-vous déjà été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous présentement en probation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Au cours de votre vie , avez-vous eu plus d'une accusation pour conduite avec facultés affaiblies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Au cours des 2 dernières années , avez-vous eu plus de 3 contraventions au code de la route?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Est-ce que votre profession appartient à l'une des catégories suivantes? <ul style="list-style-type: none"> • Journalisme et journalisme photographique (missions internationales) • Ouvrier en amiante • Athlète professionnel • Militaire actuellement déployé ou sur l'ordre d'être déployé • Aviation commerciale (autre que pilote pour grande compagnie aérienne) • Travailleur dans un bar/nightclub – striptease, escorte 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Au cours des 2 dernières années : <p>a) avez-vous effectué des vols en tant que pilote privé ou élève-pilote?</p> <p>b) fait de la plongée sous-marine de plus de 100 pieds de profondeur, fait du parachutisme (autre que saut en tandem unique) ou delta-plane, participé à des courses de véhicules motorisés, fait de l'escalade (à l'exception de l'escalade intérieure), ski ou planche à neige hors-piste incluant par hélicoptère ou snowcat, motoneige hors-piste ou autre sport extrême?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8. Au cours des 12 prochains mois , prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada : <p>a) pour plus de six (6) mois?</p> <p>b) dans une destination autre que les pays suivants : les Caraïbes/Antilles dans le cadre de voyage tout inclus, États-Unis, Mexique, pays de l'Union européenne, le Royaume-Uni, Hong Kong, Chine, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Inde?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9. Quelle est votre consommation de tabac?	<p>Cigarettes, cigares, cigarillos, cigarette électronique/vapotage, substituts de nicotine ou tout autre produit contenant du tabac ou de la nicotine</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> 30 ou plus par jour <input type="checkbox"/> 20-29 par jour <input type="checkbox"/> 10-19 par jour <input type="checkbox"/> 1-9 par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois </td> </tr> </table>		<p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais	<p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> 30 ou plus par jour <input type="checkbox"/> 20-29 par jour <input type="checkbox"/> 10-19 par jour <input type="checkbox"/> 1-9 par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois
<p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais	<p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> 30 ou plus par jour <input type="checkbox"/> 20-29 par jour <input type="checkbox"/> 10-19 par jour <input type="checkbox"/> 1-9 par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois			
10. Quelle est votre consommation de marijuana?	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> Plus de 2 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois </td> </tr> </table>		<p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais	<p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> Plus de 2 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois
<p>J'ai consommé</p> <input type="checkbox"/> Au cours du dernier mois <input type="checkbox"/> Au cours des 3 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 6 derniers mois <input type="checkbox"/> Au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 5 ans passé <input type="checkbox"/> Il y a plus de 5 ans passé <input type="checkbox"/> Jamais	<p>Ma consommation typique est/était</p> <input type="checkbox"/> Plus de 2 fois par jour <input type="checkbox"/> Plus d'une fois par jour <input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Moins de 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins de 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> Moins d'une fois par mois			

I – Questions sur les habitudes de vie (suite)

11. Parlez-nous de votre consommation de drogue :

L'héroïne, la cocaïne, les hallucinogènes ou toute drogue non prescrite par un médecin, à l'exception des médicaments en vente libre

J'ai consommé

- Au cours du dernier mois
- Au cours des 3 derniers mois
- Au cours des 6 derniers mois
- Au cours des 12 derniers mois
- Il y a 1 à 6 ans passé
- Il y a plus de 6 ans passé
- Jamais

12. En moyenne, combien de ces boissons alcoolisées consommez-vous par semaine :

	Je consomme par semaine
Bière (341 ml)	
Vin (1 verre = 142 ml)	
Spiritueux (1,5 oz)	

J – Question sur la taille et le poids

1. Quel est votre taille : _____ PI M
2. Quel est votre poids : _____ LB KG

K – Déclarations, autorisations et signatures

Les soussignés :

1. Conviennent 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. Conviennent 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. Conviennent 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. Conviennent que la présente proposition est assujettie aux lois de la province de résidence du propriétaire au moment où le contrat est émis, sous réserve des lois applicables.
5. Conviennent 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.
6. 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.
7. 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 à la personne 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.
8. 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 de la personne 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.
9. Déclarent avoir reçu l'« Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s) » et confirment d'en accepter les conditions.
10. Autorisent à ce que l'intégralité des documents en lien avec le présent contrat d'assurance lui soit communiquée exclusivement sur support informatique.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____
 Signée à (ville et province) Date

X

 Signature de l'assuré

X

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

X

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

L – Accord de débits préautorisés

1. 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.
2. 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.
3. Je comprends que des frais pourraient être perçus et échelonnés sur l'ensemble des DPA.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
8. **J'accepte et je comprends que SSQ, Société d'assurance-vie inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
9. 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.
10. 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.cdnpay.ca.
11. 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.
12. 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.
13. 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.cdnpay.ca.

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Comptabilité des primes

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

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.

_____ Signature _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

_____ Signature _____ | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

M – 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 l'assuré? | A | A | A | A | M | M | J | J |

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

Oui Non Dans l'affirmative, spécifier : _____

4. Êtes-vous personnellement au courant des habitudes de la personne 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 personne à assurer vous a-t-elle 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 à la personne à assurer. Cette personne ne peut être le bénéficiaire ou un membre de la famille de la personne à assurer.

M1 – 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;
- 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 M2.

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

M2 – 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

N – Avis

N1 – Avis à la personne 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 de l'assuré 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.

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 l'assuré 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 l'assuré reconnaît 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 de l'assuré à la susdite cueillette de renseignements qui seront consignés dans le dossier mentionné ci-dessus.

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	
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré	Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---