

Nom de l'adhérent(e)		Nom de l'employeur	
Adresse de l'adhérent(e)			
Téléphone à la maison		Téléphone au travail	
Nom de la personne à assurer <span style="float:right"> <input type="checkbox"/> Adhérent(e)   <input type="checkbox"/> Conjoint(e)   <input type="checkbox"/> Enfant </span>			
Occupation		Date de naissance <span style="float:right"> <input type="checkbox"/> Masculin   <input type="checkbox"/> Féminin </span>	
1. a) Grandeur : ____ pi ____ po ou ____ cm Poids : ____ lb ou ____ kg		1. b) Perte de poids depuis 1 an? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien : ____ lb ____ kg Raison : _____	
2. a) Nom et adresse de votre médecin de famille ou de votre clinique habituelle : _____			
b) Date et raison de la dernière consultation : _____		Résultats : _____	
c) Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____			
d) Examens subis : _____		Résultats : _____	
e) Examens futurs recommandés : _____		Traitement ou médicament prescrit : _____	
<b>3. Avez-vous déjà consulté ou été soigné pour l'une ou l'autre des maladies ou des affections énumérées ci-après, été avisé que vous en étiez atteint ou en avez-vous déjà ressenti les symptômes :</b>			<b>Oui Non</b>
a) Affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Étourdissements, pertes de conscience, convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, paresthésie, engourdissement, maladie neurologique, méningite, maladie du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie dégénérative;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) Essoufflements, toux ou enrouements persistants, crachements de sang, bronchite chronique, pleurésie, asthme, emphysème, apnée du sommeil ou autre trouble respiratoire;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Douleurs dans la poitrine, palpitations, tension artérielle élevée, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque, angine, cardiomyopathie, hypertrophie du coeur, hypertension pulmonaire, ECG anormal, accident cérébrovasculaire (ACV), ischémie cérébrale transitoire (ICT), troubles du rythme cardiaque, maladie vasculaire périphérique, enflure des chevilles, phlébite ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) Hépatite, porteur d'hépatite, cirrhose, jaunisse, hémorragie intestinale, ulcère, colite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, iléite, diverticulite ou tout autre trouble de l'oesophage, de l'estomac, des intestins, du foie ou du pancréas;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
f) Sucre, sang, pus ou protéines dans l'urine, maladie rénale chronique, insuffisance rénale, néphrite, calculs ou autres troubles des reins, de la vessie, de la prostate, des testicules, des organes reproducteurs, d'une maladie transmise sexuellement, trouble des seins y compris masse, bosse, kyste, autres changements physiques ou résultats anormaux de mammographie ou de biopsie;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g) Diabète, troubles de la thyroïde, taux de cholestérol élevé ou autre affection glandulaire;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
h) 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"/>
i) Lupus, sclérodémie, dystrophie musculaire, goutte, trouble ou douleur au dos et au cou, arthrose, hernie discale, entorse, tendinite, bursite, arthrite, arthrite rhumatoïde ou tout autre trouble des os, des muscles, des ligaments ou des articulations telles que les épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles ou pieds;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
j) Infirmité, difformité, boiterie ou amputation;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k) Cancer ou tumeur, kyste, polype, grain de beauté, masse ou excroissance, maladie de la peau ou des ganglions;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
l) Syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS), VIH positif ou toute autre déficience du système immunitaire, subi un test indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA ou trouble du sang tel que l'anémie et les troubles de coagulation;			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Autre désordre physique ou mental non-mentionné ci-dessus ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. Depuis 5 ans, avez-vous :</b>			
a) consulté un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue, un acupuncteur, un audiologiste, un ergothérapeute, un orthophoniste, un ostéopathe, un podiatre ou tout autre professionnel de la santé ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) eu un électrocardiogramme (repos ou effort), un échocardiogramme, une radiographie, une résonance magnétique, des examens sanguins, une biopsie ou tout autre test ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5. Prenez-vous des médicaments, recevez-vous des traitements ou suivez-vous une diète ?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>6. Prévoyez-vous recevoir un traitement médical, être hospitalisé ou subir un traitement, une opération ou tout autre test, ce qui n'aurait pas encore été fait ?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>7. Prévoyez-vous consulter un professionnel de la santé tel un psychologue, un chiropraticien, un ostéopathe ou autres?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>8. Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore cherché un traitement ou consulté un médecin ?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>9. Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté 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 ou blessure ?</b>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fournir les renseignements demandés pour chaque réponse répondue "OUI" aux questions 3 à 9. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire dûment datée et signée.

Question N°	Maladies / Troubles	Date du début	Fréquence des épisodes	Médicaments / Traitements	Date du rétablissement ou état actuel

**10. Antécédents familiaux** Y a-t-il un ou plusieurs membres de votre famille qui souffrent ou qui ont souffert de maladie cardiovasculaire, d'hypertension pulmonaire primaire, de cancer, de diabète, de maladie polykystique des reins, de maladie mentale, d'accident vasculaire cérébral, de maladie vasculaire cérébrale, de maladie neurologique, de maladie du motoneurone, de sclérose latérale amyotrophique (SLA), de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson, de chorée de Huntington, d'hémophilie, de dystrophie musculaire ou de tout autre maladie héréditaire? Si oui, précisez :

	Maladie(s)	Âge au début	Âge si vivant	Âge au décès		Maladie(s)	Âge au début	Âge si vivant	Âge au décès
Père					Frère(s)				
Mère					Soeur(s)				

Oui  Non

**Répondre aux questions 11 à 18. Les enfants de moins de 16 ans n'ont pas à répondre à ces questions.**

**11. a)** Consommez-vous des boissons alcooliques ? Si oui, quantité par semaine : bière : \_\_\_\_\_ bouteille(s); vin : \_\_\_\_\_ verres(s); alcool : \_\_\_\_\_ once(s)

**b)** En avez-vous déjà fait une plus grande consommation ? Si oui, depuis quand avez-vous changé vos habitudes et pourquoi : \_\_\_\_\_  
Date:     Raison : \_\_\_\_\_  
Quantité passée par semaine : bière : \_\_\_\_\_ bouteille(s); vin : \_\_\_\_\_ verres(s); alcool : \_\_\_\_\_ once(s)

**c)** 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? Si oui, précisez :  
Type : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : de   à    
Type : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : de   à

**d)** Avez-vous déjà suivi une cure de désintoxication aux drogues ou à l'alcool ou vous a-t-on conseillé de le faire ?  
Si oui, date :     Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**12.** Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, incluant cigarettes, cigarillos (petits cigares), cigares, pipe, tabac à chiquer ou à priser, shisha, noix de bétel, gomme à mâcher Nicorette, cigarette électronique ou tout autre produit dérivé du tabac ou contenant de la nicotine?  
Si oui, type : \_\_\_\_\_ Quantité par jour : \_\_\_\_\_ Date de la dernière utilisation :

Oui  Non

**13. a)** Au cours des 2 dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?  
Si oui, date :     Destination : \_\_\_\_\_ Durée du séjour : \_\_\_\_\_

**b)** Avez-vous l'intention dans les 2 prochaines années de voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?  
Si oui, date :     Destination : \_\_\_\_\_ Durée du séjour : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**14.** Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou vous a-t-il été retiré ?  
Si oui, date :     Raison : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**15.** 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 ?  
Si oui, date :     Nature du ou des actes criminels : \_\_\_\_\_ Sentence : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**16.** Au cours des 2 dernières années, avez-vous participé à des sports dangereux tels que : alpinisme, escalade, parachutisme, courses de véhicules motorisés, deltaplane, plongée sous-marine, ultraléger, aviation privée ou autres ?  
Si oui, sport : \_\_\_\_\_ Dernière participation :

Avez-vous l'intention de pratiquer l'un de ces sports dans les 2 prochaines années? Si oui, sport : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**17.** Est-ce qu'une de vos demandes d'assurance a déjà été refusée, modifiée ou acceptée avec une surprime ou une exclusion ?  
Si oui, date :     Raison : \_\_\_\_\_ Assureur : \_\_\_\_\_

Oui  Non

**18. Pour les femmes seulement :** Êtes-vous enceinte présentement ? Oui  Non

Si oui, a) Date prévue d'accouchement :

b) Cette grossesse présente-t-elle des complications ? Oui  Non  Si oui, veuillez donner des détails : \_\_\_\_\_

c) Un accouchement normal est-il prévu ? Oui  Non  Si non, veuillez donner des détails : \_\_\_\_\_

**MIB, Inc.**  
Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.  
Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance-vie Inc. (SSQ) transigent avec un organisme appelé « MIB, Inc. (MIB) ».  
Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, SSQ ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.  
Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au [Canadadislosure@mib.com](mailto:Canadadislosure@mib.com) ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.  
SSQ, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

**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. (ci-après appelées « SSQ ») constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement.  
L'accès à votre dossier est réservé aux seuls employés, mandataires, fournisseurs de services et réassureurs de SSQ qui doivent consulter votre dossier à des fins de gestion du contrat d'assurance, de sélection des risques, d'enquêtes et de traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à toute personne autorisée par vous. Votre dossier est détenu aux bureaux de SSQ. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels.  
SSQ s'est dotée d'une Politique sur la protection des renseignements personnels. Si vous désirez obtenir une copie du dépliant à cet effet, il vous suffit de communiquer par écrit avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, aux coordonnées mentionnées ci-dessus ou visiter le site internet à [ssq.ca](http://ssq.ca).

**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. Je comprends que ces réponses constituent la base sur laquelle le contrat d'assurance doit être établi. Je comprends également qu'une fausse déclaration ou une réticence peut entraîner la nullité des garanties obtenues en vertu de cette demande. Je reconnais avoir gardé une copie du présent formulaire rempli et dûment signé.  
Je reconnais avoir pris connaissance des deux avis apparaissant ci-dessus relatifs à la protection des renseignements personnels et au MIB, Inc. et y consens. J'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc., de même que ses mandataires, fournisseurs de services et réassureurs, 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 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 ou autres professionnels de la santé, des établissements médicaux, le MIB, Inc. et d'autres assureurs; et

b) à ne communiquer 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 :

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