

Nom de l'employeur					
Nom de l'employé(e)			Occupation		
Adresse de l'employé(e)					
Téléphone à la maison		Téléphone au travail		Meilleur temps pour vous contacter <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/> soir	
Nom de la personne à assurer <input type="checkbox"/> Employé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant					
1. Grandeur : _____ pi _____ po ou _____ cm Poids : _____ lb ou _____ kg			Date de naissance		<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
2. Nom et adresse de votre médecin de famille ou de votre clinique habituelle : _____					
Date et raison de la dernière consultation : _____					
Description des malaises ayant motivé cette consultation : _____					
Examens subis : _____ Résultats : _____					
Examens futurs recommandés : _____ Traitement donné ou médicament prescrit : _____					
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 :					
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 cœur, 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, 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) Anxiété, dépression, syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) ou tout autre trouble nerveux, psychiatrique ou psychologique, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, insomnie, déficience intellectuelle ou autre trouble mental;					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i) Lupus, sclérodémie, dystrophie musculaire, névrite, arthrite, rhumatisme, goutte ou tout autre trouble des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, le dos, le cou et les articulations;					<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) SIDA, résultat positif à un test de dépistage du SIDA ou une consultation pour le sida ou le para-sida, résultat positif à un test de dépistage de l'hépatite B ou C, anémie, trouble immunitaire ou autre maladie du sang;					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m) Autre désordre physique ou mental non-mentionné ci-dessus ?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Depuis 5 ans, avez-vous :					
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"/>
5. Prenez-vous des médicaments, recevez-vous des traitements ou suivez-vous une diète ?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
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 ?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
7. Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore cherché un traitement ou consulté un médecin ?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
8. 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 ?					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

Fournir les renseignements demandés pour chaque réponse répondue "OUI" aux questions 3 à 8. 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

Pour les enfants de moins de 18 ans, ne pas répondre aux questions 9 à 17

Oui Non

9. 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) Avez-vous déjà consommé de la marijuana, du hachisch ou du cannabis ?
 Si oui, quantité : _____ Fréquence : _____ Durée : de à

d) Avez-vous déjà consommé de la cocaïne, du LSD, de l'héroïne ou d'autres stupéfiants ?
 Si oui, type : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____ Durée : de à

e) 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 : _____

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

11. Avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des Etats-Unis ?
 Si oui, date : Destination : _____ Durée du séjour : _____

12. 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 : _____

13. 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 : _____

14. Au cours des 5 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 encore l'intention de pratiquer ce sport ?

15. 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 : _____

16. **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)				

17. **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.
 Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, SSO, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), anciennement appelé le Bureau de renseignements médicaux, organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance-vie 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 en composant le 416 597-0590. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez en demander la correction en écrivant au MIB, au 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7.
 SSO, Société d'assurance-vie inc. ou ses réassureurs peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance-vie 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.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
 Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSO, 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, SSO, Société d'assurance-vie inc., 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succursale Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6
 SSO, 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 ou visiter le site internet à www.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 SSO, Société d'assurance-vie inc., SSO, Société d'assurance inc., ses mandataires, ses fournisseurs de services et ses 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.

X Date :

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