# DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

SSQ Groupe financier

SSQ Groupe financier

# DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ
## POLICE Nº 14A00

Nº de client Sogedent : _____

| | |
|---|---|
| Nom de l'adhérent(e) | Prénom de l'adhérent(e) |
| Adresse de la résidence | |
| Téléphone à la résidence | Téléphone au bureau |
| Nom de la personne à assurer | ☐ Adhérent(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Enfant |
| **1.** Grandeur : _____ pi _____ po ou _____ cm Poids : _____ lb ou _____ kg | Date de naissance A M J ☐ Masculin ☐ 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 : _____

Pour chaque réponse affirmative, inscrivez le numéro de la question et encerclez la maladie ou le trouble. Donnez les détails et indiquez le diagnostic, les dates, la durée, les médicaments ou les traitements, les résultats, les noms et les adresses de tous les médecins traitants et des établissements médicaux.

| | **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 :** | Oui Non | **Détails** |
|---|---|---|---|
| a) | Affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge; | ☐ ☐ | |
| b) | Étourdissements, pertes de conscience, convulsions, épilepsie, céphalée, paralysie, paresthésie, engourdissements, maladie neurologique, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie dégénérative; | ☐ ☐ | |
| c) | Essoufflements, toux ou enrouements persistants, crachements de sang, bronchite chronique, pleurésie, asthme, emphysème, apnée du sommeil ou autre trouble respiratoire; | ☐ ☐ | |
| d) | Douleurs dans la poitrine, palpitations, tension artérielle élevée, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque, angine, ECG anormal, accident cérébrovasculaire (ACV), ischémie cérébrale transitoire (ICT), troubles du rythme, maladie vasculaire périphérique, phlébite ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins; | ☐ ☐ | |
| 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; | ☐ ☐ | |
| 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; | ☐ ☐ | |
| g) | Diabète, troubles de la thyroïde, taux de cholestérol élevé ou autre affection glandulaire; | ☐ ☐ | |
| 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; | ☐ ☐ | |
| i) | Lupus, 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; | ☐ ☐ | |
| j) | Infirmité, difformité, boiterie ou amputation; | ☐ ☐ | |
| k) | Cancer ou tumeur, kyste, polype, grain de beauté, masse ou excroissance, maladie de la peau ou des ganglions; | ☐ ☐ | |
| l) | Anémie, trouble immunitaire ou autre maladie du sang; | ☐ ☐ | |
| m) | 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; | ☐ ☐ | |
| n) | Autre désordre physique ou mental non-mentionné ci-dessus? | ☐ ☐ | |
| **4.** | Depuis 5 ans, avez-vous :<br>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? | ☐ ☐ | |
| | b) eu un électrocardiogramme (repos ou effort), un échocardiogramme, une radiographie, un test de résonance magnétique, des examens sanguins, une biopsie ou tout autre test? | ☐ ☐ | |
| | c) été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique? | ☐ ☐ | |
| **5.** | Prenez-vous des médicaments autres que ceux mentionnés précédemment? | ☐ ☐ | |
| **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? | ☐ ☐ | |
| **7.** | Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore cherché un traitement ou consulté un médecin? | ☐ ☐ | |
| **8.** | Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté(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)? | ☐ ☐ | |
| **9.** | Souffrez-vous d'une maladie physique ou mentale qui limite votre capacité à exécuter vos activités quotidiennes? | ☐ ☐ | |

**Pour les enfants de moins de 18 ans, ne pas répondre aux questions 10 à 19** — Oui Non

**10.** 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: 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? ☐ ☐

Si oui, 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? ☐ ☐

Si oui, type : _____ Quantité : _____ Fréquence : _____ Durée : de A M à A M

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 : A M Nom de l'établissement : _____

**11.** Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit (y compris les produits de nicotine)? ☐ ☐

Si vous en avez cessé l'usage, veuillez indiquer à quelle date : A M

**12.** a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? ☐ ☐

Si oui, date : A M Destination : _____ Durée du séjour : _____

b) Au cours des 12 prochains mois, avez-vous l'intention de voyager ou de résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? ☐ ☐

Si oui, date : A M Destination : _____ Durée du séjour : _____

**13.** Au cours des 5 dernières années,

a) avez-vous été reconnu coupable de six infractions ou plus au Code de la route? Si oui, date de la dernière infraction : A M ☐ ☐

b) avez-vous été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies? Si oui, date : A M ☐ ☐

c) votre permis a-t-il été suspendu? Si oui, date : A M Raison : _____ ☐ ☐

**14.** Faites-vous présentement l'objet d'une enquête ou d'une radiation temporaire ou permanente de l'Ordre des dentistes du Québec ou d'un organisme de réglementation en dentisterie au Canada ou aux États-Unis? ☐ ☐

Si oui, précisez : _____

**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 : A M Nature du ou des actes criminels : _____ Sentence : _____

**16.** 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 : A M

Avez-vous encore l'intention de pratiquer ce sport?

**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 : A M Raison : _____ Assureur : _____

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

| | Maladie(s) | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès | | Maladie(s) | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Père | | | | | Frère(s) | | | | |
| Mère | | | | | Soeur(s) | | | | |

**19.** **Pour les femmes seulement :**

Êtes-vous enceinte présentement? Oui ☐ Non ☐

Si oui, a) Date prévue d'accouchement : A M

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 : _____

## 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 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 mandataires, ses fournisseurs 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 Bureau de renseignements médicaux 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 : A M D **X** Signature de la personne à assurer : _____
(Père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un enfant de moins de 18 ans)

## 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.

## 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 ou visiter le site internet à www.ssq.ca.