

IDENTIFICATION

Police N° **14A00** N° de client Sogedent

Nom de l'adhérent _____ Prénom de l'adhérent _____

Nom du conjoint _____ Prénom du conjoint _____

DECLARATION

	Adhérent	Conjoint
1. Avez-vous fait usage de cigarettes au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2. Avez-vous déjà fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
a. Dans l'affirmative, précisez sous quelle forme :		
b. Date à laquelle vous avez cessé, le cas échéant :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Votre médecin vous a-t-il déjà recommandé de cesser de fumer?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si oui, indiquez les raisons :

Adhérent

Conjoint

Par la présente, **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à Sogedent Assurances inc. et à SSQ Groupe financier, à ses employés, à ses mandataires, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations en vertu du régime d'assurance collective de l'ACDQ.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature de l'adhérent _____

Date

Signature du conjoint _____

Date

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER

Dossier et renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elles assurent, SSQ, Société d'assurance-vie inc. et Sogedent Assurances inc. constituent un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements relatifs à leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations et toute autre personne que vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ et Sogedent conservent les dossiers d'assurance dans leurs bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à cet effet à l'une ou l'autre des adresses suivantes :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

Responsable de la protection des renseignements personnels
2525, boul. Laurier
C.P. 10500, Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Sogedent Assurances inc.

Responsable de la protection des renseignements personnels
425, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 1425
Montréal (Québec) H3A 3G5

Toutefois, SSQ et Sogedent peuvent exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informeront préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.