



## Assurance sans preuves de bonne santé Offre exclusive aux nouveaux parents

Pour bénéficier de cette offre d'assurance sans preuves de bonne santé, vous devez être un résident canadien, ne pas avoir bénéficié de l'offre de conversion à l'obtention de votre titre CPA **ET** la souscription de votre police d'assurance doit être remplie dans les 90 jours de la naissance de votre **premier** enfant. Après cette date, des preuves de bonne santé seront requises.

### Options offertes sans preuves de bonne santé (veuillez cocher toutes les cases appropriées)

#### Membre

- Option 1 Vie - 50 000 \$
- Option 2 Vie - 100 000 \$
- Option 3 Vie - 50 000 \$ et MG – 25 000 \$
- Option 4 Vie - 100 000 \$ et MG – 25 000 \$
- Autre De plus, j'aimerais obtenir un **capital montant assuré additionnel**, conditionnel à une analyse de besoins financiers et à l'acceptation de l'assureur

**Conjoint :** *Le capital demandé sans preuves de bonne santé ne peut excéder celui du membre.*

- Option 1 Vie - 50 000 \$
- Option 2 Vie - 100 000 \$
- Option 3 Vie - 50 000 \$ et MG – 25 000 \$
- Option 4 Vie - 100 000 \$ et MG – 25 000 \$
- Autre De plus, j'aimerais obtenir un **capital montant assuré additionnel**, conditionnel à une analyse de besoins financiers et à l'acceptation de l'assureur

**Options 3 et 4 -** Durant les 24 premiers mois de la mise en vigueur de l'assurance contre les maladies graves, aucune prestation n'est payable pour une maladie grave directement ou indirectement attribuable à des problèmes de santé ayant nécessité des soins médicaux au cours des 24 mois précédant la date d'effet de l'assurance.

**Veuillez remplir les champs en caractère d'imprimerie.**

#### Renseignements sur l'enfant

Nom de famille	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
----------------	--------	---	--------------------------------

#### Renseignements personnels du membre

Nom de famille	Nom à la naissance (si différent)	Prénom		
N° de membre CPA	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H	Langue <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Ang	État matrimonial
Adresse du domicile (numéro, rue, ville)				
Province	Code postal	N° de téléphone personnel	Adresse de courriel	
Nom de l'employeur / entreprise			N° de téléphone professionnel	
Possédez-vous une autre police avec SSQ Assurance? Si oui, indiquez le numéro des polices ainsi que le type d'assurance :				

#### Renseignements personnels du conjoint (si l'assurance du conjoint est demandée)

Nom de famille	Nom à la naissance (si différent)	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
----------------	-----------------------------------	--------	--------------------------------	---

#### Usage du tabac

Avez-vous, au cours des (12) derniers mois, fait usage de tout produit de tabac ou de nicotine, y compris des cigarettes, des cigarillos, des colts, des cigares, la pipe, du tabac à chiquer, du tabac à priser, de la gomme ou des timbres, des cigarettes électroniques, le chicha/narguilé (pipe à eau) de la marijuana ou haschisch? Si oui, indiquez le genre et la quantité.	<b>Membre</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<b>Conjoint (Si assurance demandée)</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**Veillez apposer vos initiales sur toute modification. Aucune utilisation de liquide correcteur n'est permise.**

### Désignation de bénéficiaire

*En cas de décès du conjoint ou d'un enfant, l'assureur versera le capital assuré au membre.*

**Au Québec, le conjoint est IRRÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire. Le consentement écrit du bénéficiaire irrévocablement désigné est requis pour toute modification ultérieure.**

Je désigne en tant que bénéficiaire  révocable  irrévocable\*\* de l'assurance payable advenant mon décès :

Nom de famille	Prénom	Lien avec l'assuré	Date de naissance (j, m, a)	Pourcentage

S'il est vivant, sinon ma succession, tout en me réservant le droit de changer cette décision dans la mesure permise par la Loi.

### Énoncé de confidentialité

Dans le but de préserver le caractère confidentiel des renseignements personnels vous concernant, nous, SSQ Assurance, constituerons un dossier au nom de chaque personne assurée et propriétaire, aux fins de vous procurer de l'assurance et d'autres services financiers.

Votre dossier sera classé dans nos bureaux ainsi que dans les bureaux du gestionnaire du régime. N'y auront accès que le représentant autorisé ou nos employés qui doivent connaître ces renseignements pour exercer leurs fonctions ou toute autre personne que vous aurez autorisée ou qui est autorisée par la loi.

Vous pouvez prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et demander que soit rectifiée toute donnée inexacte ou incomplète.

Si vous désirez poser des questions, prendre connaissance de votre dossier et, le cas échéant, rectifier les renseignements qu'il contient, formulez une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse :

SSQ Société d'assurance-vie inc, 2525 boulevard Laurier, C.P. 10500, succursale Ste-Foy, Québec (Quebec) G1V 4H6

Si vous soumettez une demande dans le but de prendre connaissance de votre dossier ou de faire rectifier des renseignements, nous vous répondrons dans un délai de trente jours. Il est possible que nous vous facturions des frais raisonnables pour la reproduction des renseignements personnels et leur transmission.

### Déclaration de l'assuré

**Je, soussigné, ai lu les énoncés et ai compris les réponses inscrites sur la présente proposition. Ces réponses sont, en autant que je sache, véridiques et complètes, et inscrites correctement.**

Je comprends que pour bénéficier de cette offre d'assurance sans preuves de bonne santé, **je dois dans les 90 jours de la naissance de mon premier enfant, soumettre la présente proposition et acquitter la prime proportionnelle** qui me sera communiquée par Le Groupe VIGILIS, gestionnaire des régimes d'assurance à l'intention des membres, **dans les délais requis.**

Je comprends qu'à défaut de remplir ces obligations, aucune protection ne sera mise en vigueur.

J'autorise SSQ Assurance et Gestion VIGILIS à communiquer des renseignements relatifs à ma couverture d'assurance à toute autre compagnie d'assurance que l'Ordre des CPA du Québec aurait désignée à cet effet.

Je comprends qu'une commission sera versée à Gestion VIGILIS après la conclusion de la transaction.

Je comprends que je dois demeurer membre en règle de l'Ordre des comptables professionnels agréés du Québec afin de conserver mes protections et celles de ma famille.

Signature du membre	Province de résidence	Signature du conjoint (si assuré)	Date (j, m, a)
---------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------