

N° de contrat ou de groupe

N° de compte ou de division

Nom et adresse de l'adhérent		Date de naissance
		AAAA MM JJ
		N° d'identification ou de certificat
Code postal		Numéros de téléphone
Profession		Rés. : Indicateur régional + n°
Nom du conjoint	Date de naissance	Bur. : Indicateur régional + n°
	AAAA MM JJ	

Nom et adresse de l'employeur
Code postal

À NOTER QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION PEUT ENTRAÎNER L'ANNULATION DE L'ASSURANCE DEMANDÉE.

	L'ADHÉRENT	LE CONJOINT
Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de marijuana, de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou des timbres de nicotine (patches) ou de médication antitabagique (tel que le Zyban)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles servent de base à l'assurance demandée. Je reconnais que toute déclaration inexacte relativement à l'usage du tabac peut entraîner l'annulation de l'assurance si les taux des non-fumeurs ont été accordés.

X _____ X _____
 Signature de l'adhérent Signature du témoin

X _____
 Signature du conjoint Date

L'ADHÉRENT CONSERVE LA COPIE JAUNE