

IMPORTANT : CETTE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ DOIT ÊTRE SIGNÉE**IDENTIFICATION**

Nom de la ou des personnes à assurer : _____

Nom du ou des preneurs : _____

Numéro de contrat : _____

Date d'entrée en vigueur du contrat : _____

DÉCLARATION

Je soussigné(e) accepte par la présente les dispositions du contrat mentionné ci-dessus.

Je déclare qu'aucun changement n'est survenu dans les conditions d'assurabilité de la ou des personnes à assurer entre le moment de la signature de la proposition relative à ce contrat et la date de la présente déclaration. Les conditions d'assurabilité peuvent influencer la décision de l'assureur et comprennent, notamment :

- l'état de santé de la ou des personnes à assurer;
- leur profession ou métier;
- leurs habitudes de vie;
- leur dossier de conduite automobile;
- leur participation à des sports dangereux;
- les séjours à l'étranger;
- les activités criminelles, etc.

Je déclare également que l'état de santé de la ou des personnes à assurer ne s'est pas détérioré pendant cette période. De plus, aucune d'entre elles n'a été victime d'un accident, n'a consulté un médecin, n'a été traitée par un médecin ni n'a subi un examen médical, à l'exception des examens qui pourraient avoir été effectués aux fins de l'étude de la proposition.

En outre, si le tarif privilégié a été accordé, il est convenu que les habitudes relatives à l'usage du tabac de la ou des personnes à assurer n'ont pas changé depuis la signature de la proposition.

SIGNATURES_____
Signature(s) du ou des preneurs_____
Signature(s) de la ou des personnes à assurer
(s'il s'agit d'un mineur, signature du père, de la mère ou du tuteur)_____
Nom (en MAJUSCULES) et signature du conseiller en sécurité financière ou du stagiaire en assurance de personnes

Date J M A

Nom (en MAJUSCULES) et signature du superviseur