

Numéro de police (numéro de référence)

**Identification**

Nom du preneur		Prénom		
Adresse		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres (résidence)		Numéro de téléphone à 10 chiffres (travail)		

**À remplir par le preneur**

Je demande la tarification de non-fumeur et déclare n'avoir fait aucun usage du tabac sous une forme quelconque (cigarettes, cigares, cigarillos, pipe, marijuana, timbre, gomme ou médication pour arrêter de fumer) au cours des 12 derniers mois.

**Déclaration**

Je déclare que la réponse ci-dessus est exacte et complète et j'accepte qu'elle fasse partie intégrante de mon dossier.

**X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature du preneur

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

**X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Retourner l'original à : Assurance vie 50+ **par télécopieur** au 1 866 301-7131 ou  
**par la poste** au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2