

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 _____
Signature du preneur Date

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

X _____
Signature du témoin Date

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