



IDENTIFICATION

Nom et prénom du preneur	Numéro de contrat (numéro de référence)
Adresse	Numéro de téléphone à la résidence Indicatif régional + numéro
	Numéro de téléphone au travail Indicatif régional + numéro

À REMPLIR PAR LE PRENEUR

Je demande la tarification de non-fumeur pour l'assuré : _____
Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

Signature du preneur

Date

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Je déclare n'avoir fait aucun usage du tabac sous une forme quelconque (cigarette, cigare, cigarillo, pipe, marijuana, timbre, gomme ou médication pour arrêter de fumer) au cours des 12 derniers mois.

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

Signature de l'assuré

Date

Retourner à : Assurance mieux-être **par télécopieur** au 1 866 301-7131 ou
par la poste au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2