

Numéro de contrat (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 pour l'assuré : \_\_\_\_\_  
Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)

**X** \_\_\_\_\_  
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.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré Date

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