



N° de contrat ou de groupe	N° de compte ou de division
----------------------------	-----------------------------

Nom et adresse de l'adhérent		Date de naissance AAAA - MM - JJ
		N° d'identification ou de certificat
Code postal		Numéros de téléphone (Indicatif régional + n°)
Profession		Résidence :
Nom du conjoint	Date de naissance AAAA - MM - JJ	Bureau :

Nom et adresse de l'employeur
Code postal

**ATTENTION : TOUTE FAUSSE DÉCLARATION PEUT ENTRAÎNER L'ANNULATION DE L'ASSURANCE DEMANDÉE.**

	L'ADHÉRENT	LE CONJOINT
Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, fait usage de toute autre forme de tabac, d'un substitut comme de la gomme, des timbres de nicotine (patches) ou des cigarettes électroniques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je certifie que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles servent de base à l'assurance demandée. Je reconnais que toute déclaration inexacte relativement à l'usage du tabac peut entraîner l'annulation de l'assurance si les taux des non-fumeurs ont été accordés.

_____ Signature de l'adhérent	_____ Signature du témoin
_____ Signature du conjoint	_____ Date

**Veillez transmettre l'original à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie et conserver une copie pour vos dossiers.**