

**IDENTIFICATION**

Titulaire de police

No de police collective

Nom de l'employé(e)

No de certificat

 WLI

Prénoms complets

Nom de Famille

**DETAILS**

Utilisez-vous, ou avez-vous déjà utilisé des produits à base de tabac ou de nicotine, tels que les cigarettes, les cigarillos, les colts, les cigares, les pipes, le tabac à chiquer, le tabac sans fumée, les gommes à mâcher à base de nicotine, les timbres à la nicotine ou toute autre thérapie de remplacement de la nicotine : (a) Au cours des 12 derniers mois ?  OUI  NON Si « OUI », Au cours des 12 derniers mois ?

Type	Montant

(b) Au cours des deux dernières années ?  OUI  NON Si « OUI », Veuillez remplir les suivantes :

Type	Montant

(c) Au cours des 5 dernières années ?  OUI  NON Si « OUI », Veuillez remplir les suivantes :

Type	Montant

Avez-vous jamais fumé de cigarettes ?  OUI  NON Si « OUI », Veuillez remplir les suivantes :

Quand avez-vous commencé à fumer ? \_\_\_\_\_ Quand avez-vous arrêté de fumer ? \_\_\_\_\_

Combien de cigarettes fumiez-vous, en moyenne, par jour avant d'arrêter ? \_\_\_\_\_

Un médecin vous a-t-il jamais conseillé d'arrêter de fumer ?  OUI  NON Si « OUI », Veuillez préciser.

**Consentement à la divulgation de renseignements personnels**

J'accorde le droit à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life de recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels pour les raisons suivantes : établir et maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à mes besoins, compiler les statistiques et agir conformément à la loi.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com).

**SIGNATURES**

Je suis conscient(e) que La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa se fie à mes assertions dans la présente déclaration afin de me désigner comme non-fumeur et de réduire, en conséquence, les primes de ma police d'assurance-vie. **Je suis aussi conscient(e) qu'en cas de fausse déclaration à l'égard de ma désignation de non-fumeur, que ce soit délibéré ou pas, La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa a le droit d'annuler ma police d'assurance-vie.**

 \_\_\_\_\_  
 Date

 \_\_\_\_\_  
 Signature de l'employé(e)