

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

NOM DU PROPOSANT

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

PRÉCISIONS

1. Avez-vous consommé des produits du tabac ou contenant de la nicotine, notamment cigarettes, cigarillos, colts, cigares, pipe, tabac à chiquer, tabac à priser, cigarette électronique, gomme ou timbres à la nicotine ou toute forme de substitut de nicotine?

a) au cours des 12 derniers mois? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité	Fréquence

b) au cours des 2 dernières années? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité	Fréquence

c) au cours des 5 dernières années? OUI NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type	Quantité	Fréquence

2. Quand avez-vous commencé à fumer?

Quand avez-vous cessé d'utiliser TOUTE forme de produit du tabac?

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Avant de cesser de fumer, combien fumiez-vous de cigarettes en moyenne par jour?

3. Un médecin vous a-t-il déjà conseillé de cesser de fumer? OUI NON Si OUI, veuillez donner une description détaillée :

ACCORDS / CONDITIONS PARTICULIÈRES / AUTORISATIONS

Tous les accords, conditions particulières et autorisations convenus dans la proposition d'assurance vie initiale ou dans la demande de remise en vigueur/modification s'appliquent au présent formulaire.

SIGNATURES

Je déclare par la présente que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et complets et reconnais qu'ils feront partie intégrante de ma proposition à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa. Je suis conscient du fait que La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa se fie aux renseignements que je fournis dans la présente déclaration pour déterminer si je suis « non-fumeur » et auquel cas réduire la prime de ma (mes) police(s) d'assurance vie. Je suis en outre conscient du fait qu'en cas de déclaration inexacte, intentionnelle ou non, quant à mon statut de « non-fumeur », La Compagnie d'assurance vie Wawanesa sera en droit de révoquer ma (mes) police(s) d'assurance vie.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

DATE_____
SIGNATURE DE L'ASSURÉ

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE : La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa
400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, Tél. : 1-888-997-9965 Téléc. : 1-888-985-3872 Web : wawanesalife.com