

**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**