

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

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

Nom et adresse du preneur ou de l'employeur
Code postal

À NOTER QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION PEUT ENTRAÎNER L'ANNULATION DE L'ASSURANCE DEMANDÉE.

	ADHÉRENT	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

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

Veillez transmettre l'original à Desjardins Assurances et en conserver une copie pour vos dossiers.