

N° de groupe	N° d'employeur	N° d'identification
--------------	----------------	---------------------

### 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

Nom	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
N°, rue, app.		Ville
Province	Code Postal	Téléphone principal
		Poste
		Téléphone (autre)
		Poste

### 2. DÉCLARATION

<b>Est-ce que vous ou votre conjoint avez déjà fait usage de tabac au cours de la dernière année?</b>
Adhérent : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Si vous ou votre conjoint avez déjà fait usage de tabac et n'en faites plus usage, veuillez préciser la date à laquelle vous avez cessé définitivement :</b>
Adhérent : _____ (année-mois-jour)
Conjoint : _____ (année-mois-jour)

### 3. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_

Signature du conjoint \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_