

Numéro de contrat :

- Je demande à l'Assureur de remettre en vigueur le contrat susmentionné et conviens que cette demande est conditionnelle à la réception par l'Assureur des déclarations d'assurabilité dûment remplies et du paiement des primes échues.
- Je certifie que les renseignements fournis dans ces déclarations sont vrais.
- Je conviens que la remise en vigueur de ce contrat ne prendra effet qu'à compter de la date où l'Assureur confirmera par écrit son acceptation. En cas de refus, toute somme versée à cet effet est remboursée.
- Je reconnais que les délais relatifs au suicide et à l'incontestabilité recommenceront à courir depuis la date de la remise en vigueur.
- Je reconnais également que dans le cas d'un contrat de maladies graves, les délais relatifs à la période d'exclusion de 90 jours pour certaines maladies recommenceront à courir depuis la date de la remise en vigueur.

**Important : Veuillez remplir et joindre le formulaire « Déclarations d'assurabilité » incluant l'autorisation médicale.**

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X

Signature du preneur 1

X

Signature du preneur 2

X

Signature de l'assuré ou de son tuteur légal si l'assuré a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Nom du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)