

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré						
Date de naissance : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Année</td> <td style="text-align: center;">Mois</td> <td style="text-align: center;">Jour</td> </tr> </table>					Année	Mois	Jour
Année	Mois	Jour					
N° de proposition ou de contrat : <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>							

Je demande une révision pour un tarif privilégié concernant le contrat ou la proposition susmentionné.

J'atteste qu'au cours des 12 mois précédant la date de cette demande, je n'ai pas fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ni fait usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ni fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique.


Je comprends que la présente demande de tarif privilégié peut être refusée par l'Assureur à la suite de l'étude de mon dossier.


**Mise en garde au preneur**


**Cette mise en garde vous concerne si la modification de garantie que vous demandez entraîne une réduction de la prime et si cette garantie prévoit le remboursement des primes au décès ou le paiement d'une valeur de rachat égale à une partie de la prime versée. Si c'est votre cas, soyez avisé que c'est la prime réduite par suite de cette modification qui sera utilisée pour calculer ce remboursement ou ce paiement, et ce, rétroactivement à la date de prise d'effet initiale de la garantie concernée.**

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


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

  
Signature du preneur 1

  
Signature du preneur 2

  
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)

  
Signature du conseiller