

DIRECTIVES

Pour éviter tout retard, fournir les renseignements demandés.

Vous recevrez une confirmation écrite de votre demande de modification.

Retourner le formulaire rempli par courriel, par télécopieur ou par la poste (document original) aux coordonnées ci-contre.

** Les produits du tabac incluent toute forme de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de substituts nicotiniques.

P. 1 de 2

3. SIGNATURE DU PARTICIPANT

À remplir par le participant et son conjoint (s'il y a lieu).

Il est entendu que Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'appuie sur les déclarations faites dans le présent formulaire pour m'accorder le taux « fumeur » ou « non-fumeur » et déterminer les primes de mon assurance vie.

Je suis conscient qu'en cas de fausse déclaration relative à mon usage du tabac, Co-operators Compagnie d'assurance-vie peut avoir le droit d'annuler ma ou mes polices d'assurance vie.

Signature du participant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

Signature du conjoint (s'il y a lieu) _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA