

Identification

Toute demande de modification au taux privilégié pour non-fumeur doit être accompagnée d'une déclaration d'assurabilité, formulaire numéro 4100-045_FR.

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance : / /
année / mois / jour

Section usage du tabac

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ? oui non

cigarettes cigares cigarillos pipe marijuana haschisch

2. Avez-vous déjà fait usage de tabac ou de marijuana sous quelque forme que ce soit, avant les 12 derniers mois qui viennent de s'écouler ? oui non

(Si la réponse est « oui », mentionner le genre de tabac, quand vous en avez cessé l'usage).

3. Si vous ne fumez pas actuellement, faites-vous usage de tabac sous une autre forme tel que, tabac à chiquer, ou d'un substitut à la nicotine tel que, gomme à mâcher ou timbre, ou Zyban ? oui non

(Si la réponse est « oui », détaillez).



Usage du tabac (suite)

4. Un médecin vous a-t-il déjà conseillé de cesser de fumer ou de réduire votre consommation ? oui non

(Si la réponse est « oui », mentionner la date et le nom du médecin).

Je soussigné(e) déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à :

le :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
année				/	mois		/	jour	

Signature du témoin :

Signature de la personne à assurer :

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8