

Numéro de contrat :		Date de naissance :	_j_ _m_ _a_ _
Nom de l'assuré principal :			

Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de produits dérivés du tabac tels que timbres/gommes de nicotine et/ou cigarette électronique et ce, quelle qu'en soit la fréquence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

*Si vous avez répondu oui, vous n'êtes pas admissible au changement de taux fumeur à non-fumeur  
Si vous avez répondu non, veuillez compléter les questions d'assurabilité suivantes selon le type de protections et le(s) montant(s) d'assurance(s) que vous détenez :*

<b>Questions d'assurabilité :</b>	
<b>Assurance cancer – jusqu'à 25 000 \$</b>	
1- Au cours de votre vie, avez-vous reçu un diagnostic de syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA) ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- Souffrez-vous, avez-vous souffert, avez-vous constaté des signes ou des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin, ou êtes-vous en attente de résultats d'un test concernant les affections ou conditions médicales suivantes :	
a) Toute forme de cancer ou de tumeur maligne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Assurance maladies graves – jusqu'à 25 000 \$</b>	
b) Maladies dégénératives chroniques, diabète de type 1 (insulinodépendant), diabète de type 2, anomalie cardiaque congénitale, angine, angioplastie, pontage des artères coronaires, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), toute autre maladie cérébrovasculaire, tout autre trouble du cœur ou vaisseaux sanguins, anomalie à l'électrocardiogramme (ECG) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Assurance cancer – jusqu'à 100 000 \$</b>	
3- Au cours des deux dernières années, avez-vous eu une proposition d'assurance couvrant les maladies graves ou cancer qui a été refusée ou différée auprès de toute compagnie d'assurance, incluant l'Excellence ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4- Est-ce que deux membres de votre famille immédiate ou plus (père, mère, frère et sœurs) ont souffert ou reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans :	
a) du cancer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Assurance maladies graves – jusqu'à 100 000 \$</b>	
b) d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une ischémie cérébrale transitoire (ICT) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Je déclare que les informations fournies plus haut sont vraies et complètes et constituent la base sur laquelle la modification du statut de tabagisme est établie et toute fausse déclaration peut en entraîner son annulation.

Je comprends et j'accepte que la présente modification entre en vigueur à la date de son acceptation par l'Excellence, Compagnie d'assurance vie.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_

Ville

Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur (si autre que l'assuré)

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant