



**Demande de remise en vigueur**

**Date :** \_\_\_\_\_

**PROGRAMME CANCER**

**Contrat :** \_\_\_\_\_

**Nom de l'Assuré(e) :** \_\_\_\_\_

---

Par la présente, je soussigné(e) déclare que :

- 1) au moment de la signature du présent document, aucun changement dans mon état de santé n'est survenu depuis la date de résiliation du contrat mentionné ci-dessus;
- 2) les réponses et les informations contenues dans cette déclaration sont complètes et vraies et constituent la base de la remise en vigueur de mon contrat d'assurance. Je comprends et accepte que, dans le cas d'une fausse déclaration ou omission de ma part, l'Assureur ne sera lié à aucune obligation pour aucune assurance émise à mon nom suite à l'approbation de ma demande de remise en vigueur.

Le contrat d'assurance sera remis en vigueur à la date d'acceptation par l'Assureur de la présente demande et lorsque toutes les primes exigibles auront été acquittées.

Dans ce cas, les délais relatifs à la clause d'incontestabilité du contrat ainsi qu'à la limitation pour condition préexistante recommenceront à courir à compter de la date effective de remise en vigueur.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.  
(ville)

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du preneur du contrat  
(si différent de la personne assurée)