

# Demande d'assurance vie facultative

Cette demande doit être accompagnée d'un formulaire  
Déclaration d'assurabilité pour chaque demandeur.

## Renseignements généraux

N° du groupe	Nom du groupe	
N° de la division	Nom de la division	
N° de certificat	Nom du participant	Prénom du participant

## Demande d'assurance vie facultative

Couverture actuelle \$	Couverture demandée \$	Montant total \$
<input type="checkbox"/> Je déclare que je ne fume pas et que je n'ai fumé aucun produit du tabac tels que cigarettes, cigares, cigarillos ou tabac à pipe et je n'ai consommé aucune drogue au cours des douze derniers mois. Il est entendu que l'assureur peut, de temps à autre, exiger la confirmation de mon état de non-fumeur. Je dois être en mesure de remplir les exigences alors en vigueur et retourner la confirmation dans les 30 jours suivant la demande, à défaut de quoi je cesserai d'être considéré comme un non-fumeur et de bénéficier de la réduction de prime correspondante en date de la demande de l'assureur.		
<input type="checkbox"/> Je déclare que je suis fumeur. Je certifie que les déclarations faites dans cette demande sont véridiques et je comprends que toute déclaration fausse ou incomplète aura pour effet d'annuler la couverture. J'autorise mon employeur à prélever les primes requises sur ma paie. J'autorise l'assureur et La Corporation People à obtenir et à conserver des renseignements sur l'état de santé et les demandes de règlement ainsi que tout autre renseignement nécessaire pour administrer ce régime et évaluer les demandes de règlement. Je comprends que l'assureur et La Corporation People ont le droit de récupérer les sommes versées par erreur ou à la suite d'une fraude, ainsi que les frais engagés directement pour récupérer ces sommes.		
Signature du participant		Date (JJ/MM/AAAA)

## Demande d'assurance vie facultative du conjoint

Nom du conjoint	Prénom du conjoint	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe
Couverture actuelle \$	Couverture demandée \$	Montant total \$	
<input type="checkbox"/> Je déclare que je ne fume pas et que je n'ai fumé aucun produit du tabac tels que cigarettes, cigares, cigarillos ou tabac à pipe et je n'ai consommé aucune drogue au cours des douze derniers mois. Il est entendu que l'assureur peut, de temps à autre, exiger la confirmation de mon état de non-fumeur. Je dois être en mesure de remplir les exigences alors en vigueur et retourner la confirmation dans les 30 jours suivant la demande, à défaut de quoi je cesserai d'être considéré comme un non-fumeur et de bénéficier de la réduction de prime correspondante en date de la demande de l'assureur. Je comprends également que toute déclaration fausse ou incomplète pourrait avoir pour effet d'annuler la couverture.			
<input type="checkbox"/> Je déclare que je suis fumeur. Je certifie que les déclarations faites dans cette demande sont véridiques et je comprends que toute déclaration fausse ou incomplète aura pour effet d'annuler la couverture. J'autorise l'assureur et La Corporation People à obtenir et à conserver des renseignements sur l'état de santé et les demandes de règlement ainsi que tout autre renseignement nécessaire pour administrer ce régime et évaluer les demandes de règlement. Je comprends que l'assureur et La Corporation People ont le droit de récupérer les sommes versées par erreur ou à la suite d'une fraude, ainsi que les frais engagés directement pour récupérer ces sommes.			
Signature du conjoint		Date (JJ/MM/AAAA)	
Je certifie être autorisé à fournir et à recevoir des renseignements sur mon conjoint et j'autorise mon employeur à prélever les primes requises sur ma paie.			
Signature du participant		Date (JJ/MM/AAAA)	