

Numéro de contrat : _____ Propriétaire(s) : _____

Assuré(s) : _____

Déclaration d'assurabilité

Je(nous) soussigné(s) accuse(accusons) réception du contrat d'assurance de(s) personne(s) mentionnée(s) ci-dessus et certifie(certifions) que, depuis la signature des déclarations de(s) personne(s) assurée(s), sur la proposition et/ou le paramédical / examen médical et/ou l'entrevue téléphonique et/ou le(s) questionnaire(s), aucun changement ne s'est produit à l'égard de ces déclarations, à savoir :

1. Aucun changement à l'égard des antécédents personnels tel que sport dangereux, consommation d'alcool, usage de drogues, infraction au code de la route, offense criminelle, usage de tabac et voyage à l'étranger.
2. Aucun changement à l'égard des antécédents médicaux.
3. Aucun symptôme, signe ou malaise pour lequel un médecin n'a pas encore été consulté.
4. Aucune investigation médicale ou tests médicaux n'ont été passés ou sont à venir.
5. Aucun médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute ou autre professionnel de la santé n'a été consulté pour quelque raison que ce soit.
6. Aucune demande d'assurance vie, maladies graves, invalidité ou remise en vigueur n'a été refusée, surprimée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit.
7. Aucune faillite n'a été déclarée.
8. Aucun contact rapproché avec une personne ayant été mise en quarantaine/isolement obligatoire ou avec une personne ayant été diagnostiquée avec le coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19).
9. Aucune mise en quarantaine/isolement obligatoire dû à une exposition possible au coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19).

Si l'une ou l'autre des déclarations précédentes est inexacte, veuillez fournir des précisions dans l'espace prévu à cette fin ci-dessous ou sur une feuille distincte. Toute feuille distincte doit être signée et datée.

Déclaration(s) inexacte(s) : veuillez indiquer le numéro de référence, le nom de la personne assurée et les détails.

J'accepte (nous acceptons) par la présente que les déclarations précédentes fassent partie intégrante du contrat d'assurance qui a été émis et qu'elles aient la même portée que si elles avaient figuré à la proposition originale.

Signé à _____, ce _____ jour de _____ 20_____.

 X

Signature du témoin

 X

Signature de l'assuré 1

 X

Signature de l'assuré 2

 X

Signature du propriétaire 1

 X

Signature du propriétaire 2

****Veuillez retourner le document original, dûment complété, à l'assureur****