

## Déclaration spéciale non fumeur\*

Nom et prénom :

.....

Nom de jeune fille :

.....

Date de naissance :.....

Adresse :

.....

.....

### ATTESTE SUR L'HONNEUR

- ne pas avoir fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion au contrat
- ne pas avoir cessé de fumer sur demande du corps médical.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

**\* ne pas raturer, ni surcharger**