

Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat / proposition \_\_\_\_\_

### 1. Faites-vous usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicinales ? Oui Non

Veillez inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch. Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Formes	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage
Joint	Nombre de joints : _____	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du   A   A   A   A   M   M   au   A   A   A   A   M   M	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*
<input type="checkbox"/> Produits comestibles <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Année	du   A   A   A   A   M   M   au   A   A   A   A   M   M	<input type="checkbox"/> Récréatif <input type="checkbox"/> Médicinal*

\* Si l'usage est à des fins médicinales, veuillez remplir le tableau suivant :

Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

### 2. En avez-vous fait un plus grand usage au cours des deux (2) dernières années ? Oui Non

Si oui, préciser les détails :

La forme, la quantité, la fréquence, le type d'usage : \_\_\_\_\_

La raison du changement d'habitude : \_\_\_\_\_ Date : | A | A | A | A | M | M |

### 3. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin ? Oui Non

Cocaïne/Crack  Stéroïdes anabolisants  Héroïne, Morphine, Méthadone, Fentanyl

LSD, Champignons magiques, Mescaline  Amphétamines  Sédatifs ou tranquillisants

Autres : \_\_\_\_\_

Type de drogues ou de narcotiques	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage
			du   A   A   A   A   M   M   au   A   A   A   A   M   M
			du   A   A   A   A   M   M   au   A   A   A   A   M   M
			du   A   A   A   A   M   M   au   A   A   A   A   M   M

### 4. En lien avec votre consommation de cannabis ou d'autres drogues, avez-vous déjà :

a) été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation ou avez-vous consulté un professionnel ?  Oui  Non

Si oui :

Pour quel produit :  Marijuana  Autre drogue

Date : | A | A | A | A | M | M |

Nom et coordonnées du professionnel consulté : \_\_\_\_\_

**b) suivi une thérapie ou un traitement?**  **Oui**  **Non**

Si oui :

Pour quel produit :  Marijuana  Autre drogue

Quel a été le traitement reçu? \_\_\_\_\_

Date de début       Date de fin :

Nom et coordonnées du médecin ou de l'établissement consulté : \_\_\_\_\_

Était-ce votre seule période de traitement ou de thérapie?  Oui  Non

Si non, précisez les autres périodes : Date de début :       Date de fin :

**c) assisté à des rencontres de groupe de soutien?**  **Oui**  **Non**

Si oui :

Pour quel produit :  Marijuana  Autre drogue

Quand : Date de début :       Date de fin :       ou  Assiste encore

**5. Informations additionnelles :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Déclaration**

**Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes et véridiques et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.**

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

\_\_\_\_\_  
Date de signature