

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
PRÉNOM	NOM
NUMÉRO DE CONTRAT	DATE DE NAISSANCE A A A A M M J J

1. Faites-vous usage ou avez-vous fait usage dans le passé des drogues suivantes :

<input type="checkbox"/> Cocaïne (crack, etc.)	<input type="checkbox"/> Hallucinogènes (LSD, DMT, peyote, etc.)
<input type="checkbox"/> Opiacés (héroïne, morphine, opium, démerol, codéïne, etc.)	<input type="checkbox"/> Marijuana (cannabis, hachisch)
<input type="checkbox"/> Sédatifs ou tranquillisants (phénobarbital, librium, valium, etc.)	<input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Stimulants (amphétamines comme dexedrine, méthédrine, benzedrine)	
<input type="checkbox"/> Utilisation intraveineuse, détaillez : _____	

2. Détails des réponses affirmatives :

Genre	Quantité	Fréquence	Date d'usage
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3. Date à laquelle vous avez cessé toute utilisation de drogues : _____

4. Avez-vous déjà été traité suite à l'usage de drogues ?	Oui	Non
Si oui, indiquez les dates et les noms des médecins ou des institutions consultés : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Avez-vous déjà perdu un emploi suite à l'usage excessif de drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez les dates et détails : _____ _____		

6. Avez-vous déjà été arrêté ou accusé à cause de la drogue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez les dates et détails : _____ _____		

7. Avez-vous déjà souffert d'une maladie du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

8. Avez-vous déjà été à l'hôpital d'urgence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez les dates et raisons : _____ _____		

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.

Signature du témoin	Signature de l'assuré
Nom du témoin	Date A A A A M M J J