

Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Numéro de contrat, de proposition ou de verrouillage

1. Faites-vous présentement usage :      a) de drogues?  Oui  Non      b) de boissons alcoolisées?  Oui  Non
2. Avez-vous déjà fait usage :              a) de drogues?  Oui  Non      b) de boissons alcoolisées?  Oui  Non

**Usage de drogues (indiquez à l'aide du tableau ci-dessous les drogues que vous avez prises dans le passé ou que vous prenez présentement.)**

Drogues	Oui	Non	Dose ou quantité	Fréquence d'usage	Durée (année)
a) <b>OPIUM</b> (op), <b>HÉROÏNE</b> , (stuff, junk, horse, H, smack), <b>MORPHINE</b> , <b>CODÉINE</b> , <b>DÉMEROL</b> , <b>MÉTHADONE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
b) <b>BARBITURIQUES</b> (goof balls, downers, bards, reds, yellow jackets, candy, etc.), Amytal, Phénobarbital, Séconal, Nembutal, Pentobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
c) <b>AMPHÉTAMINES</b> (speed, uppers, pep pills, wake-ups, etc.), Benzédrine, Dexédrine, Méthédrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
d) <b>MARIJUANA</b> (mari, pot, grass, weed, joint, haschish, cannabis, hemp, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
e) <b>COCAÏNE</b> (crack), <b>MÉTAMPHÉTAMINES</b> (cristal, chalk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
f) <b>HALLUCINOGENÈS</b> (mescaline, LSD (acide), DMT, peyotl, psilocybine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
g) <b>ECTASY</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
h) <b>STÉROÏDES ANABOLISANTS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :
i) <b>AUTRES</b> (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			De :      à :

**Usage de boissons alcoolisées (remplissez le tableau ci-dessous)**

Usage présent				Usage antérieur si différent d'aujourd'hui				
Quantité	Vin	Bière	Alcool	Quantité	Vin	Bière	Alcool	Durée (année)
Jour				Jour				De :      à :
Semaine				Semaine				De :      à :
Mois				Mois				De :      à :

3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou été traité pour votre usage de : **drogues?**  Oui  Non      **boissons alcoolisées?**  Oui  Non

Si **oui**, indiquez la date, le nom et l'adresse du médecin et de l'institution concernée :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Faites-vous partie d'un groupe de support tel N.A. ou A.A.?  Oui  Non      Si **oui**, depuis quand? \_\_\_\_\_ (mois/année)

4. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies?  Oui  Non

Si **oui**, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date(s) : \_\_\_\_\_

5. À quelle date avez-vous diminué ou cessé votre consommation et raisons motivant cette diminution ou cessation :

de drogues? \_\_\_\_\_ (mois/année) raison : \_\_\_\_\_ d'alcool? \_\_\_\_\_ (mois/année) raison : \_\_\_\_\_

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

\_\_\_\_\_ Date (aaaa-mm-jj)

**X**

Signature de la personne à assurer  
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

**X**

Signature du témoin