

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) OPIUM (op), HÉROÏNE , (stuff, junk, horse, H, smack), MORPHINE , CODÉINE, DEMEROL, MÉTHADONE	☐	☐			De : à :
b) BARBITURIQUES (goofballs, downers, reds, yellow jackets, candy, etc.), Amytal, phénobarbital, Séconal, Nembutal, pentobarbital	☐	☐			De : à :
c) AMPHÉTAMINES (speed, uppers, pep pills, wake-ups, etc.), benzédrine, Dexedrine, Methedrine	☐	☐			De : à :
d) MARIJUANA (mari, pot, grass, weed, joint, haschish, cannabis, hemp, etc.)	☐	☐			De : à :
e) COCAÏNE (crack), MÉTAMPHÉTAMINES (cristal, chalk)	☐	☐			De : à :
f) HALLUCINOGENES (mescaline, LSD (acide), DMT, peyotl, psilocybine)	☐	☐			De : à :
g) ECSTASY	☐	☐			De : à :
h) STÉROÏDES ANABOLISANTS	☐	☐			De : à :
i) AUTRES (spécifiez)	☐	☐			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 : a) de drogues? ☐ Oui ☐ Non b) de 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.

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

X _____
Signature du témoin

_____ Date (aaaa-mm-jj)