

NOM			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A	

## QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'USAGE DE DROGUES

- À quelle date avez-vous commencé à faire usage de drogues? \_\_\_\_\_
- Donnez les raisons qui ont motivé cet usage : \_\_\_\_\_
- Énumérez à l'aide du tableau ci-dessous les drogues que vous avez déjà utilisées dans le passé ou que vous utilisez présentement :

	OUI	NON
a) <b>OPIUM, HÉROÏNE</b> (came, junk, horse, H, smack) MORPHINE, CODÉINE, DÉMÉROL, MÉTHADONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>BARBITURIQUES</b> (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, ect) amytal, phénobarbital, déconal, nembutal, pentobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>MARIJUANA</b> (mari, pot, grass, weed, joint, hashish, cannabis, hemp, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>AMPHÉTAMINES</b> (speeds, ups, pep pill, wake-up, etc.) benzédrine, dexédrine, méthédrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <b>COCAÏNE</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <b>HALLUCINOGENES</b> mescaline, LSD (acide) DMT, peyote, psilocybine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <b>ALCOOL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <b>STÉROÏDES ANABOLISANTS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <b>EXTASY</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) <b>AUTRES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Détaillez vos réponses affirmatives :

GENRE	DOSE OU QUANTITÉ	FRÉQUENCE D'USAGE	DURÉE (De)	DURÉE (À)

- Avez-vous déjà été traité suite à l'usage de drogues? Oui  Non   
Si oui, indiquez les dates, le nom et l'adresse des médecins ou institutions consultées : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Si vous ne faites plus usage de drogue, quelles raisons ont motivé cet arrêt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Avez-vous l'intention de faire usage de drogues dans l'avenir? Oui  Non
- Êtes-vous membre des NA (Narcotique Anonyme) ou autres organismes? Oui  Non
- Avez-vous déjà été traité pour une hépatite B ou C? Oui  Non   
Si oui, détails : \_\_\_\_\_
- Veillez nous fournir tout renseignement additionnel que vous jugez important : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X _____	X _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER	SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE
X _____	_____
SIGNATURE DU TÉMOIN	DATE