

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

### QUESTIONNAIRE SUR L'USAGE DU TABAC

**1. Utilisez-vous :**

	OUI	NON	QUANTITÉ PAR JOUR	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS
a) Cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Cigares, Cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Tabac à mâcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Autres substances (ex : marijuana ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) Cigarette électronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**2. Si vous avez déjà fumé et ne fumez plus :**

a) Quelle date avez-vous cessé? \_\_\_\_\_

b) Pourquoi avez-vous cessé?

- sur conseil du médecin? \_\_\_\_\_

- autres raisons? (donnez les détails) \_\_\_\_\_

c) Nature des substances consommées et quantité par jour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
DATE