

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