



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'USAGE DE DROGUES

Nom de la personne à assurer :	Date de naissance :	N° de proposition ou de contrat :
--------------------------------	---------------------	-----------------------------------

Faites-vous usage ou avez-vous déjà fait usage des drogues ou des médicaments suivants?

Marijuana (hachisch, cannabis, herbe, pot, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Cocaïne (crack, coke, neige ou snow, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Hallucinogènes (acide, poussière d'ange, haze, LSD, champignons, micropilules ou microdots, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Opiacés (codéine, héroïne, méthadone, opium, morphine, smack, fentanyl, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Barbituriques (dépresseurs, anxiolytiques, downers, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sédatifs (tranquillisants, tranks, Valium, downers, diazépam, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Amphétamines (cristaux crystal meth, ecstasy, MDMA, ice, speed, uppers, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Anticholinergiques (belladone, bromure, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Inhalants (aérosols, colle, oxyde de diéthyle, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres (stéroïdes anabolisants, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si la réponse est « oui », veuillez fournir des précisions :

Type	Quantité habituelle	Fréquence d'utilisation	Durée	Date de la dernière utilisation
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	
		<input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par année <input type="checkbox"/> une seule fois	<input type="checkbox"/> ___ semaines <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> ___ années	



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'USAGE DE DROGUES

Avez-vous déjà reçu un traitement ou consulté une professionnelle ou un professionnel de la santé relativement à votre consommation ou abus de drogues, ou vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation?

OUI NON Si la réponse est « oui », veuillez fournir les dates, les noms et les adresses des médecins, des hôpitaux ou des centres de traitement :

Avez-vous déjà été arrêtée ou arrêté, accusée ou accusé, ou perdu votre emploi en raison de votre consommation de drogues?

OUI NON Si la réponse est « oui », veuillez fournir les dates :

Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus et les énoncés sont véridiques, complets et correctement inscrits et qu'ils font partie intégrante de ma proposition d'assurance auprès de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

Date

Personne à assurer

Remarque : L'Équitable^{MD} ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, L'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.