

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'USAGE DE DROGUES

Numéro de proposition _____

Personne à assurer		Date de naissance	jj/mm/aaaa
--------------------	--	-------------------	------------

Faites-vous usage ou avez-vous déjà fait usage des drogues ou des médicaments suivants?		
marijuana (hachisch, huile de cannabis, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
cocaïne (crack, coke, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
hallucinogènes (ecstasy, kétamine, LSD-25, champignons, mescaline, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
opiacés (codéine, héroïne, méthadone, Demerol, opium, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
barbituriques (dépresseurs, Amytal, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
sédatifs (tranquillisants, Valium, diazépam, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
amphétamines (Dexosyn, Benzédrine, Preludin, méthamphétamine en cristaux etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
anticholinergiques (belladone, bromure, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
inhalants (Vapor-OL, oxyde de diéthyle, colle, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
autres (stéroïdes anabolisants, etc.)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

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	mm/aaaa
		<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"/> ___ mMois <input type="checkbox"/> ___ années	mm/aaaa
		<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	mm/aaaa
		<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	mm/aaaa
		<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	mm/aaaa
		<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	mm/aaaa

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?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates, les noms et les adresses des médecins, des hôpitaux ou des centres de traitement :

Avez-vous déjà été arrêté, accusé ou perdu votre emploi en raison de votre consommation de drogues?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Dans l'affirmative, 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.