



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

QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'USAGE DE DROGUES

1. À quelle date avez-vous commencé à faire usage de drogues? _____
2. Donnez les raisons qui ont motivé cet usage : _____
3. 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) OPIUM, HÉROÏNE (came, junk, horse, H, smack) MORPHINE, CODÉINE, DÉMÉROL, MÉTHADONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) BARBITURIQUES (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, ect) amytal, phénobarbital, déconal, nembutal, pentobarbital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) MARIJUANA (mari, pot, grass, weed, joint, hashish, cannabis, hemp, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) AMPHÉTAMINES (speeds, ups, pep pill, wake-up, etc.) benzédrine, dexédrine, méthédrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) COCAÏNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) HALLUCINOGENÈS mescaline, LSD (acide) DMT, peyote, psilocybine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ALCOOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) STÉROÏDES ANABOLISANTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) EXTASY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Détaillez vos réponses affirmatives :

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

5. 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 : _____

6. Si vous ne faites plus usage de drogue, quelles raisons ont motivé cet arrêt? _____

7. Avez-vous l'intention de faire usage de drogues dans l'avenir? Oui Non
8. Êtes-vous membre des NA (Narcotique Anonyme) ou autres organismes? Oui Non
9. Avez-vous déjà été traité pour une hépatite B ou C? Oui Non
Si oui, détails : _____
10. Veuillez 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