

## QUESTIONNAIRE SUR L'USAGE DE LA DROGUE (À remplir par la personne à assurer)

Nom: \_\_\_\_\_ Proposition n° \_\_\_\_\_

- |  |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 1. Prenez-vous actuellement les drogues suivantes, ou en avez-vous déjà pris ? | Oui                      | Non                      |  |
| a) Dérivés de l'opium : héroïne, morphine, démérol, méthadone                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| b) Barbituriques : Amytal, phénobarbital, Seconal, Nembutal, pentobarbital     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| c) Marijuana : hashisch, cannabis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| d) Amphétamines : Benzedrine, Dexedrine, Methadrine                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| e) Cocaïne   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| f) Hallucinogènes : LSD, DMT, mescaline, Peyotl, psilocybine                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| g) Autre: _____  |                          |                          |  |

2. Si oui, veuillez fournir les précisions suivantes :

Type	Quantité habituelle	Fréquence d'utilisation	Période du                      au

3. Avez-vous déjà demandé un traitement médical relié à la drogue ?       Oui       Non

Si oui, veuillez préciser les dates ainsi que le nom des médecins et établissements auxquels vous vous êtes adressé ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Veuillez fournir tout autre renseignement pertinent. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Témoïn

Personne à assurer