

IDENTIFICATION

Personne à assurer : _____ Numéro de proposition ou de contrat : _____

INFORMATION

- Quand avez-vous commencé à faire usage de drogues ? Date : _____
- Donnez les raisons qui ont motivé cet usage : _____

- 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 («op»), 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, etc.»), amytal, phénobarbital, séconal, 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, crystal meth, etc.»), benzédrine, dexédrine, méthédrine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaïne, crack _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hallucinogènes : mescaline, LSD («acide»), DMT, peyote, psilocybine, ecstasy _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Détaillez vos réponses affirmatives

GENRE	DOSE OU QUANTITÉ	FRÉQUENCE D'USAGE	DURÉE	
			DE :	À :

- Avez-vous déjà été traité suite à l'usage de drogues ? _____
Si oui, indiquez les dates, le nom et l'adresse des médecins ou institutions consultés : _____

- Si vous ne faites plus usage de drogues, quelles raisons ont motivé cet arrêt ? _____

- Avez-vous l'intention de faire usage de drogues à l'avenir ? _____
- Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction liée aux stupéfiants ? _____
Si oui, précisez la date et les circonstances : _____

- Veuillez nous fournir tout renseignement additionnel que vous jugez important : _____

DÉCLARATION

Je reconnais et conviens que les réponses données aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles servent de base au contrat demandé.

Signature de la personne à assurer (si elle a moins de 18 ans, signature du père, de la mère ou du tuteur)

Date

Signature du témoin

IDENTIFICATION

Person to be insured: _____ Application or contract number: _____

INFORMATION

- When did you start using drugs? Date: _____
- Reasons why you started using drugs: _____

- Using the chart below, list the drugs you are now using or have used in the past:

	YES	NO
a) Opium (op), heroin (came, junk, horse, H, smack), morphine, codeine, demerol, methadone _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Barbiturates (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, etc.), amytal, phenobarbital, seconal, 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) Amphetamines (speeds, ups, pep, pill, wake-up, crystal meth, etc.), benzedrine, dexedrine, methedrine _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaine, crack _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hallucinogens: mescaline, LSD (acid), DMT, peyote, psilocybin, ecstasy _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- If yes, please give details

TYPE	DOSAGE OR QUANTITY	FREQUENCY OF USE	DURATION	
			From:	To:

- Have you ever been treated for drug usage? _____
If yes, state dates, names and addresses of physicians or institutions consulted: _____

- If you are no longer using drugs, please state reasons: _____

- Do you intend using drugs in the future? _____
- Have you ever been charged with or found guilty of a drug related criminal offense? _____
If so, please provide full details and dates: _____

- Please indicate any additional relevant information: _____

STATEMENT

I hereby certify that all the statements and answers to the above questions are complete and true, and I agree that such statements shall form the basis of the insurance contract requested.

Signature of person to be insured (if less than 18 years of age, signature of father, mother or guardian is required)

Date

Witness