

**QUESTIONNAIRE SUR L'USAGE DU TABAC (À REMPLIR PAR LA PERSONNE À ASSURER)**

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

- 1. Avez-vous fumé des cigarettes au cours des 12 derniers mois?  Oui  Non
- 2. En avez-vous déjà fumé?  Oui  Non

Si oui, quand avez-vous arrêté? \_\_\_\_\_

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour, en moyenne? \_\_\_\_\_

- 3. Utilisez-vous, ou avez-vous utilisé au cours des 12 derniers mois, du tabac sous quelque forme que ce soit?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4. Un médecin vous a-t-il déjà conseillé de cesser de fumer?  Oui  Non Si oui, veuillez donner toute précision utile.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne réponds pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X