

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUE** (À remplir par la personne à assurer)

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

1. Consommez-vous des drogues ou avez-vous déjà consommé les drogues suivantes sans prescription et surveillance d'un médecin?

- a) Cannabis, Marijuana, 'Hash', 'Pot', 'Weed', etc.  Oui  Non
- b) Cocaine, 'Coke', 'Crack', 'Snow', etc.  Oui  Non
- c) Amphétamines, Métamphétamine, Crystal meth, Ecstasy, 'Ice', 'Speed', 'Uppers', etc.  Oui  Non
- d) Hallucinogènes, LSD, 'Acid', 'Angel dust', 'Haze', 'Microdots', etc.  Oui  Non
- e) Opiacés, Codéine, Héroïne, Méthadone, Morphine, Opium, 'Smack', etc.  Oui  Non
- f) Barbiturique/sédatifs, Diazepam, 'Downers', Nitrazepam, 'Tranks', etc.  Oui  Non
- g) Solvants, Aérosols, colle, etc.  Oui  Non
- h) Drogue intraveineuse  Oui  Non
- i) Autre \_\_\_\_\_  Oui  Non

2. Pour toutes drogues consommées, veuillez compléter le tableau suivant :

Type	Quantité	Fréquence	Dates de la consommation	
			de :	à :
			de :	à :
			de :	à :

3. Avez-vous déjà consulté un médecin, été recommandé de réduire votre consommation, avez reçu des traitements ou une thérapie pour votre consommation de drogue?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir le nom du médecin, hôpital, centre de thérapie que vous avez consulté avec les dates respectives pour chaque événement.

4. Avez-vous déjà été hospitalisé pour une overdose de drogue?  Oui  Non Si oui, veuillez fournir les détails pertinents.

5. Avez-vous déjà ou souffrez-vous d'une condition médicale liée à votre consommation de drogue Ex : hépatite, HIV, trouble mental?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir les détails pertinents.

6. Êtes-vous membre des alcooliques anonymes, narcotiques anonymes ou autre association similaire?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir les détails pertinents suivants : fréquence de participation, date de votre dernière réunion?

7. Avez-vous déjà été arrêté pour toute offense relié à la drogue ou l'alcool ou pour conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, votre permis a-t-il déjà été suspendu, ou avez-vous eu à participer à un programme de réadaptation ordonné par la cour?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir les détails pertinents pour chaque événement.

8. Avez-vous déjà eu à vous absenter du travail, à changer vos fonctions au travail à cause de votre consommation de drogue?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous fournir les détails pertinents.

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