

**Identification**Numéro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour**Section 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 ?

a) Opium (op) Héroïne, (came, junk, horse, H, smack) morphine, codéïne, démerol, méthadone Oui  Non b) Barbituriques, (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, etc.) amytal, phénobarbital, déconal, nembital, pentobarbital Oui  Non c) Marijuana (mari, pot, grass, weed, joint, haschisch, cannabis, etc.) Oui  Non d) Amphétamines (speed, uppers, pep, pill, wake-up, etc.) benzédrine, dexédrine, méthédrine Oui  Non e) Cocaïne Oui  Non f) Hallucinogènes : mescaline, LSD (acide), DMT, peyote, psilocybine Oui  Non g) Autres \_\_\_\_\_ Oui  Non 

## Usage de drogues (suite)

4. Dans l'affirmative, précisez :

Genre	Dose ou quantité	Fréquence d'usage	Durée

5. Avez-vous déjà été traité suite à l'usage de drogues ? Oui  Non

Si oui, indiquez les dates, nom et adresse des médecins ou institutions consultés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Si vous ne faites plus usage de drogues, quelles raisons ont motivé cet arrêt ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Avez-vous l'intention de faire usage de drogues dans l'avenir ? Oui  Non

8. Veuillez nous fournir tout renseignement supplémentaire que vous jugez important : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je soussigné déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : \_\_\_\_\_

le :          
année / mois / jour

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

Signature du témoin \_\_\_\_\_