

### 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. Faites-vous présentement usage de drogues, ou avez-vous fait dans le passé usage de drogue ? Oui  Non

**Si oui**, merci de détailler votre réponse :

Type de drogue(s)	Quantité	Mode de consommation	Fréquence	Date de début	Date de fin
Opium (op) Héroïne, (came, junk, horse, H, smack) morphine, codéïne, démerol, méthadone					
Barbituriques, (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, etc.) amytal, phénobarbital, déconal, nembutal, pentobarbital					
Marijuana (mari, pot, grass, weed, joint, haschisch, cannabis, wax, chanvre, shatter, etc.)					
Amphétamines (speed, uppers, pep, pill, wake-up, etc.) benzédrine, dexédrine, méthédrine					
Cocaïne					
Hallucinogènes : mescaline, LSD (acide), DMT, peyote, psilocybine					
Autres					



## Usage de drogues (suite)

2. Donnez les raisons qui ont motivé cet usage : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Faites-vous usage ou avez-vous fait usage de drogue(s) à des fins médicales, sur prescription ou non ? Oui  Non

**Si oui**, merci de détailler votre réponse :

Type de drogue	Quantité	Mode de consommation	Fréquence	Date de début	Date de fin

4. Avez-vous déjà consulté un médecin et/ou été conseillé de suivre une thérapie et/ou un traitement (ex. : les narcotiques anonymes ou toute autre organisation similaire) suite à l'usage de drogue(s) ?

Oui  Non  **Si oui**, merci de détailler votre réponse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

7. 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 \_\_\_\_\_