Questionnaire relatif à l'usage de drogues

(À remplir par la personne assurée)

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

1 Prenez-vous actuellement les drogues suivantes, ou en avez-vous déjà pris? Pour toute question à laquelle vous avez répondu ***« oui »***, veuillez donner des précisions ci-dessous.

a) Opiacés : héroïne, morphine, Demerol, méthadone, codéine, etc. ..... ○ Oui ○ Non
b) Barbituriques : Amytal, phénobarbital, Seconal, Nembutal, Pentobarbital, etc. ..... ○ Oui ○ Non
c) Marijuana : haschisch, cannabis, delta 9-THC, etc. ..... ○ Oui ○ Non
d) Amphétamines : Benzedrine, Dexedrine, Methedrine, Preludine, etc. ..... ○ Oui ○ Non
e) Cocaïne : crack ..... ○ Oui ○ Non
f) Hallucinogènes : LSD, DMT, mescaline, peyotl, psilocybine, ecstasy, etc. ..... ○ Oui ○ Non
g) Drogues intraveineuses ..... ○ Oui ○ Non
h) Autres ..... ○ Oui ○ Non

TYPE	QUANTITÉ HABITUELLE	FRÉQUENCE D'UTILISATION	PÉRIODE (JJ/MM/AAAA)
			du au
			du au
			du au

2 Avez-vous déjà consulté un médecin ou été à l'hôpital pour une situation d'urgence, subi des traitements ou été obligé de garder le lit, ou souffert d'une maladie du foie suite à l'usage de toute drogue? ..... ○ Oui ○ Non
Si ***« oui »***, veuillez fournir le nom et l'adresse de tout médecin, hôpital ou établissement auquel vous vous êtes adressé, y compris les dates dans chaque cas et fournir les détails complets:

_____

_____

3 Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si ***« oui »***, veuillez indiquer le type de boissons – bière, vin ou alcool – que vous consommez, y compris la quantité et la fréquence de consommation :

_____

_____

4 Avez-vous déjà perdu votre emploi, ou été arrêté ou inculpé d'une infraction, en raison de l'utilisation de drogues? Si ***« oui »***, veuillez indiquer les dates et donner des précisions :..... ○ Oui ○ Non

_____

_____

5 N'hésitez pas à ajouter des renseignements pertinents qui, selon vous, pourraient clarifier l'information exigée dans ce questionnaire.

_____

_____

_____

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude. J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

Fait à _____ en ces _____ jour de _____, 20 _____.

_____ _____
Signature de la personne assurée Signature du témoin

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER