

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

NOM DU PROPOSANT

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

PRÉCISIONS

1. Utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisé les drogues suivantes ou des drogues semblables?
 - a) Opiacés : héroïne, morphine, méthadone, fentanyl, hydrocodone, oxycodone/percocet? OUI NON
 - b) Barbituriques : amytal, phénobarbital, séconal, nembutal, pentobarbital? OUI NON
 - c) Marijuana : haschich, cannabis? OUI NON
 - d) Amphétamines : dexedrine, crystal, ecstasy, MDMA, speed, meth? OUI NON
 - e) Cocaïne? OUI NON
 - f) Hallucinogènes : « acide », LSD, PCP, mescaline, peyotl, psilocybine, champignons magiques? OUI NON
 - g) Solvants? OUI NON
 - h) Anabolisants stéroïdiens? OUI NON

2. Si vous avez répondu OUI à une ou à plusieurs des questions au n° 1, veuillez préciser :

Type	Quantité habituelle	Fréquence d'utilisation	Période d'utilisation : de - à

3. Avez-vous déjà reçu un traitement médical ou vous a-t-on déjà recommandé de recourir à un traitement médical ou à une consultation médicale en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue? OUI NON
Si OUI, veuillez indiquer le nom et l'adresse de tous les médecins et institutions consultés, avec les dates de consultation :

Avez-vous consommé des drogues depuis votre traitement? OUI NON Si OUI, veuillez donner une description détaillée :
4. Avez-vous déjà été hospitalisé ou traité en raison d'une surdose de drogue? OUI NON
Si OUI, veuillez donner une description détaillée, les dates, le nom et l'adresse de tous les médecins consultés et de tous les hôpitaux où vous avez été reçu :
5. Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous de problèmes médicaux liés à votre consommation de drogue (p. ex. hépatite, VIH, problèmes de santé mentale)? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir une description détaillée :
6. Avez-vous déjà fait l'objet d'accusations criminelles liées à l'usage, la possession, la production ou le trafic de drogue? OUI NON
Si OUI, veuillez fournir une description détaillée :
7. Veuillez fournir toute autre information pertinente :

ACCORDS / CONDITIONS PARTICULIÈRES / AUTORISATIONS

Tous les accords, conditions particulières et autorisations convenus dans la proposition d'assurance vie initiale ou dans la demande de remise en vigueur/modification s'appliquent au présent formulaire.

SIGNATURES

Je déclare par la présente que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et complets et reconnais qu'ils feront partie intégrante de ma proposition à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa. Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

_____ DATE

_____ SIGNATURE DE L'ASSURÉ

VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, Tél. : 1-888-997-9965, Téléc. : 1-888-985-3872