Nom et prénom de l'assuré _____

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat / proposition _____

1. Faites-vous usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicinales ? Oui Non

Veillez inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch. Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Formes	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage
Joint	Nombre de joints : _____	☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	du A A A A M M au A A A A M M	☐ Récréatif ☐ Médicinal*
☐ Produits comestibles ☐ Huile ☐ Autre		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	du A A A A M M au A A A A M M	☐ Récréatif ☐ Médicinal*

* Si l'usage est à des fins médicinales, veuillez remplir le tableau suivant :

Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)
	☐ Oui ☐ Non	
	☐ Oui ☐ Non	

2. En avez-vous fait un plus grand usage au cours des deux (2) dernières années ? Oui Non

Si oui, préciser les détails :

La forme, la quantité, la fréquence, le type d'usage : _____

La raison du changement d'habitude : _____ Date : | A | A | A | A | M | M |

3. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin ? Oui Non

Cocaïne/Crack Stéroïdes anabolisants Héroïne, Morphine, Méthadone, Fentanyl

LSD, Champignons magiques, Mescaline Amphétamines Sédatifs ou tranquillisants

Autres : _____

Type de drogues ou de narcotiques	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage
			du A A A A M M au A A A A M M
			du A A A A M M au A A A A M M
			du A A A A M M au A A A A M M

4. En lien avec votre consommation de cannabis ou d'autres drogues, avez-vous déjà :

a) été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation ou avez-vous consulté un professionnel ? Oui Non

Si oui :

Pour quel produit : Marijuana Autre drogue

Date : | A | A | A | A | M | M |

Nom et coordonnées du professionnel consulté : _____

b) suivi une thérapie ou un traitement? **Oui** **Non**

Si oui :

Pour quel produit : Marijuana Autre drogue

Quel a été le traitement reçu? _____

Date de début Date de fin :

Nom et coordonnées du médecin ou de l'établissement consulté : _____

Était-ce votre seule période de traitement ou de thérapie? Oui Non

Si non, précisez les autres périodes : Date de début : Date de fin :

c) assisté à des rencontres de groupe de soutien? **Oui** **Non**

Si oui :

Pour quel produit : Marijuana Autre drogue

Quand : Date de début : Date de fin : ou Assiste encore

5. Informations additionnelles : _____

6. Déclaration

Je certifie, par la présente, que les déclarations et réponses susmentionnées sont complètes et véridiques et je comprends et reconnais qu'elles font partie intégrante de ma proposition d'assurance.

X

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

Date de signature

Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.