

## Questionnaire préliminaire de souscription à l'assurance SecureLife

### CONSOMMATION DE DROGUES

Généralités : Nous ne pouvons prendre en compte la demande de toute personne avec un problème de consommation d'alcool ou de drogues non résolu. Toutefois, nous pouvons considérer la plupart des demandeurs si ceux-ci sont « sobres » depuis 2 ans. Puisque ce ne sont que des lignes directrices, nous vous recommandons de présenter une demande préliminaire avant de remplir une demande détaillée. Pour ce faire, vous n'avez qu'à remplir le court questionnaire qui suit et nous le faire parvenir par télécopieur (514-878-9339) ou par courriel ([info@securelifequebec.com](mailto:info@securelifequebec.com)).

Nom du client (facultatif) : ..... Âge ou date de naissance : .....

Taille : ..... Poids : .....  Homme  Femme Fumeur :  Oui  Non

1. Veuillez préciser votre consommation passée de drogues :

Type de drogue	Quantité normalement consommée	Fréquence de consommation	Période de consommation

2. Veuillez préciser votre consommation actuelle de drogues :

Type de drogue	Quantité normalement consommée	Fréquence de consommation	Période de consommation

3. Avez-vous tenté d'obtenir un traitement médical ou est-ce qu'un traitement médical vous a été recommandé en raison de votre consommation de drogue :  Oui  Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser : .....

.....

4. Avez-vous déjà été confiné à votre lit ou avez-vous déjà perdu votre emploi en raison de votre consommation de drogue :  Oui  Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser : .....

.....

5. Avez-vous déjà été arrêté ou accusé en lien avec les drogues:  Oui  Non Si vous avez répondu oui, veuillez donner les dates et préciser : .....

.....

6. Avez-vous déjà souffert de troubles hépatiques :  Oui  Non Si vous avez répondu oui, précisez la quantité et la fréquence de consommation de bière, de vin et de spiritueux : .....

.....

7. Avez-vous déjà été transporté au service des urgences en raison de votre consommation de drogue ou d'alcool :

Oui  Non Si vous avez répondu oui, veuillez donner les dates et préciser : .....

.....

8. Y a-t-il d'autres antécédents ou une autre affection qui pourrait nuire à votre assurabilité? Si vous avez répondu oui, veuillez résumer ou remplir le questionnaire approprié.

.....

.....

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Téléphone du conseiller : \_\_\_\_\_

Date du jour : \_\_\_\_\_