

Questionnaire de souscription à l'assurance SecureLife

CONSOMMATION DE DROGUES

Nom de la personne à assurer : Date de naissance :

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 :

.....

Par la présente, je déclare que les énoncés qui précèdent sont complets et véridiques, et que ce questionnaire fait partie de ma demande d'assurance.

Signature de la personne à assurer

Signature du témoin

Date