UV ASSURANCE

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Questionnaire concernant l'usage de drogues

FQC043

Important : Remplir en caractères d'imprimerie et répondre à chacune des sections avec le plus de précision possible.

Section A – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

Par le présent formulaire, la collecte des renseignements personnels permet à UV Assurance de procéder à prendre une décision sur votre demande d'assurance.

Les renseignements personnels collectés servent à :

- Procéder à une identification;
- Établir et mettre à jour les informations ainsi que les besoins de la personne concernée, le cas échéant;
- Se conformer aux exigences légales et réglementaires, notamment quant aux règles fiscales ainsi que la prévention, la détection et la répression des infractions, des cybermenaces et de la fraude.

Les renseignements divulgués dans ce formulaire seront transmis au personnel de UV Assurance responsable du traitement de la demande, ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Section B – Information sur l'assuré(e)

1. Nº de proposition ou de contrat _____
2. Prénom de l'assuré(e) _____ Nom _____
3. Date de naissance A M J

Section C – Questionnaire

1. À quelle date avez-vous commencé à faire usage de drogues? A M J
2. Quelles sont les drogues que vous avez déjà utilisées dans le passé ou que vous utilisez présentement?
   - a) **Opium, Héroïne** (came, junk, horse, H, smack) morphine, codéine, démérol, méthadone ☐ Oui ☐ Non
   - b) **Barbituriques** (goof balls, downers, barbs, reds, yellow, jackets, candy, etc.) amytal, phénobarbital, déconal, nembutal, pentobarbital ☐ Oui ☐ Non
   - c) **Cannabis** (marijuana, mari, pot, grass, weed, joint, hashish, hemp, etc.) ☐ Oui ☐ Non
   - d) **Amphétamines** (speeds, ups, pep pill, wake-up, etc.) benzédrine, dexédrine, méthédrine ☐ Oui ☐ Non
   - e) **Cocaïne** ☐ Oui ☐ Non
   - f) **Hallucinogènes** (mescaline, LSD (acide) DMT, peyote, psilocybine) ☐ Oui ☐ Non
   - g) **Stéroïdes anabolisants** ☐ Oui ☐ Non
   - h) **Ecstasy** ☐ Oui ☐ Non
   - i) **Autres** ☐ Oui ☐ Non
3. Détaillez vos réponses affirmatives :

Genre	Dose ou Quantité	Fréquence d'usage	Durée (de)	Durée (à)
			A M J	A M J
			A M J	A M J
			A M J	A M J

4. Avez-vous déjà été traité suite à l'usage de drogues? ☐ Oui ☐ Non

   Si **Oui**, précisez :

Date	Nom du médecin	Adresse de l'hôpital ou du centre de traitement
A M J		
A M J		
A M J		

Section C – Questionnaire (suite)

5. Si vous ne faites plus usage de drogue, quelles raisons ont motivé cet arrêt? _____

6. Avez-vous l'intention de faire usage de drogues dans l'avenir? ☐ Oui ☐ Non

7. Êtes-vous membre des NA (Narcotiques Anonymes) ou autres organismes? ☐ Oui ☐ Non

8. Avez-vous déjà été traité pour une hépatite B ou C? ☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, détails : _____

9. Veuillez nous fournir tout renseignement additionnel que vous jugez important.

Section D – Consentement et signatures

Les renseignements divulgués dans ce présent questionnaire seront communiqués au personnel de UV Assurance appelés à traiter votre demande ainsi qu'à toute autre personne autorisée par la loi.

Dans le cas où l'un de vos renseignements personnels est inexact, incomplet ou n'est pas clair, vous pouvez exiger qu'il soit rectifié en adressant une demande auprès de UV Assurance.

De plus, sur demande, vous êtes en droit d'être informé de l'utilisation que nous faisons de vos renseignements personnels.

Pour plus de détails, veuillez visiter notre site Web et consulter notre **Politique de protection des renseignements personnels.**

Le soussigné confirme avoir pris connaissance des informations ci-dessus et consens à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus aux présentes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels des bénéficiaires auprès desquels le soussigné atteste avoir préalablement obtenu le consentement.

Je soussigné(e), étant la personne à assurer, déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de UV Assurance.

X _____ _____ Date A M J

Signature de la personne à assurer — Nom du signataire en lettres moulées

X _____ _____ Date A M J

Signature du propriétaire (requise si l'assuré est mineur) — Nom du signataire en lettres moulées

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.