

QUESTIONNAIRE SUR L'USAGE DE LA NICOTINE

Nom de l'assuré(e) (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Proposition n°
--	--------------------------------	----------------

1. Faites-vous usage actuellement ou avez-vous déjà fait usage de l'un des produits suivants :

Cigarettes	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cigarettes électroniques	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Cigarillos	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Gros cigares	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Petit cigares (d'environ le diamètre d'une cigarette)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Pipe	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tabac à chiquer	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tabac à priser	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Produits de désaccoutumance au tabac comme Zyban, timbres à la nicotine ou gomme à la nicotine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Substituts du tabac comme noix de bétel, feuilles de bétel, supari, paan, gutka ou shisha	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tout autre produit contenant de la nicotine	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

2. Si "oui" s'il vous plaît fournir les détails ci-dessous:

Type	Quantité	Fréquence (jour, semaine, mois, année)	Date dernière utilisation (ou a l'intérieur de 1, 2 ou 15 ans)	Usage unique? Veuillez fournir la date :

Vous a-t-on déjà recommandé de cesser de consommer ces produits? oui non
Si « oui », veuillez préciser qui, quand et la raison :

3. Déclaration, autorisation et signatures

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques et je comprends qu'elles font partie intégrante de ma proposition pour la police demandée.

Signature de l'assuré

X

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du témoin

X

Date (jj/mm/aaaa)