

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR PRIVILÉGIÉ

Numéro de la police

1. Nom de l'assuré (prénom, second prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
--	--------------------------------

2. Au cours des 15 dernières années, avez-vous utilisé des produits du tabac, nicotine ou non nicotine tels que: cigarettes, cigarillos, pipes, petits cigares, gros cigares, cigarettes électroniques, noix de bétel, marijuana, haschisch, timbre de nicotine, gomme de nicotine, tabac à chiquer, à priser ou tout autre forme de produits de tabac? Si « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

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

3. Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes? Si vous répondez « oui » à l'une des conditions suivantes, veuillez fournir les détails ci-dessous.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Cancer • Hypertension artérielle • Accident vasculaire cérébral • Maladie du cœur • Polycystose des reins 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie du rein • Maladie de Huntington • Maladie d'Alzheimer • Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou la maladie de Lou Gehrig 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Maladie mentale • Suicide • Sclérose en plaques • Hépatite • Toute autre maladie héréditaire 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Lien avec l'assuré	Maladie (Si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès
Lien avec l'assuré	Maladie (Si cancer, indiquez le type)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès

4. Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues? Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris les dates du traitement :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

5. Avez-vous commis DEUX (2) infractions aux règlements de la circulation ou plus dans les trois (3) dernières années? Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type d'infraction et les dates :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

6. Avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies/imprudente/dangereuse ou a-t-on suspendu ou révoqué votre permis de conduire dans les dix (10) dernières années? Si « oui », veuillez fournir les détails, y compris le type d'infraction et les dates:	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---

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

Signature de l'assuré X	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du témoin X	Date (jj/mm/aaaa)