

**QUESTIONNAIRE CONCERNANT
L'USAGE DU TABAC**

Nom : _____

Groupe : _____

NOTE : La présente déclaration sera nulle et sans effet si elle devait contenir des déclarations fausses ou inexactes concernant l'usage de tabac ou nicotine sous toutes leurs formes.

1. Avez-vous fait usage de tabac ou nicotine sous quelque forme que ce soit, incluant les produits pour cesser de fumer, au cours des douze (12) derniers mois?

Non Oui

2. Avez-vous cessé de fumer en raison d'un problème de santé?

Non Oui
Si oui, raison médicale : _____

3. Votre médecin vous a-t-il conseillé de cesser de fumer?

Non Oui
Si oui, raison médicale : _____

Nom et adresse du médecin : _____

Je, soussigné(e), déclare que les réponses indiquées ci-haut sont complètes et véridiques et font partie intégrante de ma demande d'adhésion auprès de La Compagnie d'assurance-vie Croix-Bleue du Canada ou de Médavie Inc. Cette information sera utilisée dans le but d'évaluer mon admissibilité à des changements de couverture et sera détenue en lieu sûr et de façon confidentielle.

J'autorise La Compagnie d'assurance-vie Croix-Bleue du Canada et Médavie Inc. à se transmettre cette information mutuellement et à la transmettre au réassureur ou à toute autre tierce partie pour laquelle ces renseignements sont nécessaires pour l'établissement de mon admissibilité ou pour administrer un changement de couverture.

Date : _____ Signature : _____