

Ordre des comptables professionnels agréés du Québec
Questionnaire relatif à l'usage du tabac

*N.B. : Seules les personnes qui n'ont pas fait usage de tout produit de tabac ou de nicotine au cours des **douze (12) derniers mois** seront considérées comme non-fumeurs.*

Numéro(s) de police(s)

Nom de l'assuré

- | | Membre | | Conjoint | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Faites-vous présentement usage de tout produit du tabac ou de nicotine, y compris des cigarettes, des cigarillos, des colts, des cigares, de la pipe, du tabac à chiquer, du tabac à priser, de la gomme ou des timbres, des cigarettes électroniques, le chicha/narguilé (pipe à eau), de la marijuana ou du haschisch? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Si oui, donnez le genre et la quantité . | <hr/> <hr/> | | <hr/> <hr/> | |
| 3. Si non, en avez-vous déjà fait usage? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Si oui, donnez la date à laquelle vous avez arrêté et la raison . | | | | |

Il est entendu que, suivant les dispositions de la loi, toute présentation inexacte des faits ou simple réticence dans les réponses au Questionnaire relatif à l'usage du tabac permettra à l'assureur de rendre la protection nulle et non avenue.

Il est entendu que les réponses et les déclarations ci-dessus sont celles que j'ai données et sont, en autant que je sache, complètes et véridiques.

Date

Signature de l'assuré

Date

Signature du conjoint
