

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Numéro de proposition _____

| | | | |
|--------------------|--|-------------------|------------|
| Personne à assurer | | Date de naissance | jj/mm/aaaa |
|--------------------|--|-------------------|------------|

Avez-vous déjà reçu un traitement ou consulté une professionnelle ou un professionnel de la santé relativement à votre consommation ou abus de l'alcool, ou vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation?

 OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez fournir les dates, les noms et les adresses des médecins, des hôpitaux ou des centres de traitement :

Avez-vous déjà consommé plus d'alcool que vous ne le faites actuellement?

 OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau intitulé « Consommation d'alcool passée » ci-dessous.

| Produit | Consommation d'alcool passée | | Consommation d'alcool actuelle | |
|------------|--|--|--|--|
| | Quantité consommée | Fréquence | Quantité consommée | Fréquence |
| Bière | <input type="text"/> bouteilles | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois | <input type="text"/> bouteilles | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois |
| Vin | <input type="text"/> verres | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois | <input type="text"/> verres | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois |
| Spiritueux | <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois | <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois |

Quand et pourquoi avez-vous modifié vos habitudes de consommation d'alcool?

Êtes-vous ou avez-vous déjà été membre des Alcooliques anonymes?

 OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez préciser les dates :

de : jj/mm/aaaa à : jj/mm/aaaa

Depuis que vous avez cessé de consommer de l'alcool, avez-vous eu des rechutes?

 OUI NON S. O.

Dans l'affirmative, veuillez inscrire les dates et la durée :

Avez-vous déjà été accusée ou accusé de conduite avec facultés affaiblies, arrêté ou perdu votre emploi en raison de votre consommation d'alcool?

 OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez inscrire les dates et préciser :

Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus et les énoncés sont véridiques, complets et inscrits correctement et qu'ils font partie intégrante de ma proposition d'assurance auprès de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

 Date

 Témoin

 Personne à assurer