

IDENTIFICATION

Personne à assurer : _____ Numéro de proposition ou de contrat : _____

INFORMATION

1. Faites-vous présentement usage de boissons alcooliques ? oui non

	Vin	Bière	Alcool
Quantité par jour	_____	_____	_____
Quantité par semaine	_____	_____	_____
Quantité par mois	_____	_____	_____

2. Depuis quand consommez-vous des boissons alcooliques ? _____

3. Avez-vous déjà consommé plus de boissons alcooliques que présentement ? oui non

	Vin	Bière	Alcool
Quantité par jour	_____	_____	_____
Quantité par semaine	_____	_____	_____
Quantité par mois	_____	_____	_____

4. Date à laquelle vous avez diminué votre consommation de boissons alcooliques et quelles en sont les raisons : _____

5. Lieux et circonstances où vous consommez ou consommiez des boissons alcooliques : _____

6. Avez-vous déjà été traité pour usage abusif de boissons alcooliques ? oui non

Si oui, date, nom et adresse du médecin et de l'institution concernés : _____

7. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies ou en état d'ivresse ? oui non

Si oui, précisez : _____

8. Veuillez nous fournir tout renseignement additionnel que vous jugez important : _____

DÉCLARATION

Je reconnais et conviens que les réponses données aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et consens à ce qu'elles servent de base au contrat demandé.

Signature de la personne à assurer (si elle a moins de
18 ans, signature du père, de la mère ou du tuteur)

Date

Signature du témoin

IDENTIFICATION

Person to be insured: _____ Application or contract number: _____

INFORMATION

1. Do you presently use alcoholic beverages? yes no

	Wine	Beer	Liquor
Quantity: daily	_____	_____	_____
weekly	_____	_____	_____
monthly	_____	_____	_____

2. Since when do you drink alcoholic beverages? _____

3. Did you ever drink substantially more than at present? yes no

	Wine	Beer	Liquor
Quantity: daily	_____	_____	_____
weekly	_____	_____	_____
monthly	_____	_____	_____

4. Why and when did you change your drinking habits: _____

5. Places and circumstances in which alcoholic beverages were taken or are taken and what are the reasons: _____

6. Have you ever consulted a doctor or received treatment because of your alcohol use? yes no
 If yes, indicate names and addresses of any doctor, hospital or treatment center: _____

7. Have you ever been arrested for driving while under the influence of alcohol? yes no
 If yes, give details: _____

8. Please add any additional information which you feel is important: _____

STATEMENT

I hereby certify that all the statements and answers to the above questions are complete and true, and I agree that such statements shall form the basis of the insurance contract requested.

 Signature of person to be insured (if less than 18 years of age, signature of father, mother or guardian is required)

 Date

 Signature of witness