

NOM			
PRÉNOM			
DATE DE NAISSANCE			N° DE PROPOSITION OU DE POLICE
J	M	A	

## QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'USAGE DE BOISSONS ALCOOLIQUES

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. **A quelle date avez-vous diminué ou cessé votre consommation de boissons alcooliques?** \_\_\_\_\_

5. **Lieux et circonstances où vous consommez des boissons alcooliques :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. **Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement ou une thérapie pour usage de boissons alcooliques?**  
 Oui  Non

**Si oui, dates, noms et adresses des médecins, hôpitaux ou centres de traitement :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7. **Êtes-vous membre des AA (Alcoolique Anonyme) ou autres organismes?** Oui  Non

8. **Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies, perdu votre emploi ou été arrêté à cause de alcool?**  
 Oui  Non

**Si oui, donnez les dates et circonstances :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9. **Veillez nous fournir tout renseignement additionnel que vous jugez important :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 SIGNATURE DU TÉMOIN DATE