

Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

Numéro de contrat/proposition

**1. Faites-vous présentement usage de boissons alcoolisées ?**  Oui  NonSi oui, veuillez indiquer le nombre de consommations dans chaque catégorie, sur une base quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle.  
(1 consommation = 1 verre de vin (150 ml/5 onces) ou 1 bière (341 ml/12 onces) ou 45 ml/1,5 onces de spiritueux)

	Vin	Bière	Alcool
Jour			
Semaine			
Mois			

**2. En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans le passé ?**  Oui  Non

Si oui, donnez le type, nombre de consommation, la fréquence ainsi que la raison et la date du changement d'habitude.

---



---

**3. En lien avec votre consommation d'alcool, avez-vous déjà :****a) été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation ou avez-vous consulté un professionnel ?**  Oui  Non

Si oui, date : | A | A | A | A | M | M |

Nom et coordonnées du professionnel consulté : \_\_\_\_\_

---



---

**b) suivi une thérapie ou un traitement ?**  Oui  Non

Si oui, quel est le traitement ou la thérapie reçu ? \_\_\_\_\_

---



---

Date de début : | A | A | A | A | M | M | Date de fin : | A | A | A | A | M | M |

Nom et coordonnées du médecin ou de l'établissement consulté : \_\_\_\_\_

---



---

Est-ce votre seule période de traitement ou de thérapie ?  Oui  Non

Si non, le nombre de période et les dates : \_\_\_\_\_

---



---

**c) assisté à des rencontres de groupes de soutien ?**  Oui  NonSi oui : date de début : | A | A | A | A | M | M | Date de fin : | A | A | A | A | M | M | ou  Assiste encore**4. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir la date de l'infraction et la date de la récupération de permis : \_\_\_\_\_

---



---

**5. Déclaration**

Je certifie avoir bien compris toutes les questions ci-dessus et que les réponses données sont véridiques et complètes. De plus, je consens à ce qu'elles fassent partie intégrante du contrat demandé.

**X**

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de signature