

Questionnaire sur la consommation d'alcool

Prénom : _____ Nom : _____
 Numéro de police : _____ Date de naissance : _____

1. Consommez-vous présentement de l'alcool? Oui Non

Quantité	Vin (verres)	Bière (bouteilles)	Spiritueux (onces)
Par jour			
Par semaine			
Par mois			
Par année			

2. Avez-vous déjà consommé plus d'alcool qu'indiqué ci-dessus? Oui Non

Quantité	Vin (verres)	Bière (bouteilles)	Spiritueux (onces)
Par jour			
Par semaine			
Par mois			
Par année			

3. Si vous avez répondu « oui » à la question 2, prière de nous fournir les renseignements suivants :
 a) date et raison pour avoir réduit votre consommation d'alcool: _____
 b) date et raison pour avoir cessé de consommer de l'alcool: _____

4. Avez-vous déjà consulté un médecin ou subi un traitement à cause de votre consommation d'alcool? Oui Non
 Si oui, indiquer les dates et noms des médecins, hôpitaux et centres de traitement. _____

5. Avez-vous déjà perdu votre emploi, été accusé de conduite en état d'ébriété ou été arrêté à cause des effets de l'alcool? Oui Non
 Si oui, préciser: _____

6. Êtes-vous un participant actif d'un groupe de soutien (i.e. : Alcooliques anonymes)? Oui Non
 Si oui, préciser: _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et je reconnais qu'elle fera partie de ma demande d'assurance auprès d'Assomption Vie.

Signature de la personne à assurer (parent ou tuteur légal si la personne est mineure) _____ Date _____