

Questionnaire préliminaire de souscription à l'assurance SecureLife

CONSOMMATION D'ALCOOL

Généralités : les demandeurs qui ont actuellement un problème de consommation d'alcool ou qui ont obtenu un diagnostic de myocardopathie, d'ascite, de cirrhose ou de varices œsophagiennes ne peuvent être pris en considération. La plupart des demandeurs peuvent être pris en considération s'ils sont « sobres » depuis deux ans (éventuellement 1 an si l'état est moins grave). Puisque ce ne sont que des lignes directrices, nous vous recommandons de présenter une demande préliminaire avant de remplir une demande détaillée. Pour ce faire, vous n'avez qu'à remplir le court questionnaire qui suit et nous le faire parvenir par télécopieur (514-878-9339) ou par courriel (info@securelifequebec.com).

Nom du client (facultatif) : Âge ou date de naissance :

Taille : Poids : Homme Femme Fumeur : Oui Non

1. Consommez-vous actuellement des boissons alcoolisées? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser la quantité pour chaque catégorie ci-dessous (verres, onces ou bouteilles, et chaque jour, semaine ou mois) :

Quantité	Vin	Bière	Spiritueux	Date de la plus récente consommation
Chaque jour				
Chaque semaine				
Chaque mois				

2. Votre consommation a-t-elle déjà été sensiblement supérieure à celle décrite ci-dessus? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Quantité	Vin	Bière	Spiritueux	Date de la plus récente consommation	Nbre d'années
Chaque jour					
Chaque semaine					
Chaque mois					

3. Avez-vous déjà consulté un médecin, obtenu un traitement, ou vous a-t-on déjà recommandé un traitement en raison de votre consommation d'alcool? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser :

.....

4. Médication actuelle (nom et mg/jour) pour un état, quel qu'il soit :

5. Êtes-vous un membre actif des AA ou de tout autre programme de rétablissement? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps :

6. Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies, perdu votre emploi ou été arrêté en raison de l'alcool?

Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez donner les dates et préciser :

.....

7. Avez-vous déjà été arrêté pour toute autre raison? Oui Non Si vous avez répondu oui, veuillez préciser :

.....

8. Y a-t-il d'autres antécédents ou une autre affection qui pourrait nuire à votre assurabilité? Si vous avez répondu oui, veuillez résumer ci-dessous ou remplir le questionnaire approprié.

.....

.....

Nom du conseiller : _____

Courriel : _____

Téléphone du conseiller : _____

Date du jour : _____