

Questionnaire de souscription à l'assurance SecureLife

CONSOMMATION D'ALCOOL

Nom de la personne à assurer : Date de naissance :

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. Êtes-vous un membre actif des AA ou de tout autre programme de rétablissement? Oui Non Si vous avez répondu oui, depuis combien de temps :

5. 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 :

.....
.....
.....

6. Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà été traité ou est décédé en raison d'une consommation d'alcool excessive?

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

.....
.....
.....

Par la présente, je déclare que les énoncés qui précèdent sont complets et véridiques, et que ce questionnaire fait partie de ma demande d'assurance.

Signature de la personne à assurer

Signature du témoin

Date