

**Identification**Numéro de police : Nom de la personne à assurer : Prénom de la personne à assurer : Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour**Section consommation d'alcool**1. Consommez-vous présentement des boissons alcoolisées ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la quantité en onces : Bière Vin Liqueur

Par jour : \_\_\_\_\_

Par semaine : \_\_\_\_\_

Par mois : \_\_\_\_\_

2. Avez-vous par le passé consommé une plus grande quantité d'alcool que présentement ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser la quantité en onces : Bière Vin Liqueur

Par jour : \_\_\_\_\_

Par semaine : \_\_\_\_\_

Par mois : \_\_\_\_\_

Période de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

3. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé plus de 4 boissons alcoolisées dans une seule journée ?  
\_\_\_\_\_

## Consommation d'alcool (suite)

4. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement à cause de votre consommation excessive d'alcool ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez donner le nom et l'adresse des médecins, hôpitaux ou centres de traitement ainsi que les dates de consultation :

---

---

Dans la négative, avez-vous pensé à demander de l'aide professionnelle ?  Oui  Non

5. Avez-vous cessé complètement toute consommation d'alcool ?  Oui  Non

Si oui, depuis que vous ne consommez plus d'alcool, avez-vous eu une période de récurrence ?  Oui  Non

6. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ivresse ?  Oui  Non

Si oui, indiquer le nombre d'accusations ou de condamnations et les dates pour chacune :

---

---

---

---

7. Êtes-vous membre ou avez-vous été membre des Alcooliques Anonymes ou d'un autre organisme analogue ?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

---

---

8. Veuillez donner tous les renseignements supplémentaires qui vous semblent importants dans le cadre de ce questionnaire :

---

---

---

---

## Consommation d'alcool (suite)

Je soussigné déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : \_\_\_\_\_

le :

--	--	--	--	--	--	--	--

année / mois / jour

Signature du témoin : \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8