

IdentificationNuméro 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, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6