

**QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE L'ALCOOL** (À remplir par la personne à assurer)

Nom : \_\_\_\_\_ Proposition n° : \_\_\_\_\_

1. Quelle est votre consommation moyenne d'alcool?

		Bière	Vin	Spiritueux
Quantité :	par jour			
	par semaine			
	par mois			

2. a) Vos habitudes de consommation d'alcool ont-elles changé?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative (Oui), date (jj/mmm/aaaa) \_\_\_\_\_

b) Quelle était votre consommation moyenne avant le changement?

		Bière	Vin	Spiritueux
Quantité :	par jour			
	par semaine			
	par mois			

Pourquoi avez-vous changé vos habitudes de consommation? \_\_\_\_\_

3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou été traité pour abus d'alcool ou été recommandé de réduire votre consommation?  Oui  Non  
 Si oui, veuillez indiquer le nom du médecin et donner plus de renseignements à ce sujet.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ébriété?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser à quelles dates.

\_\_\_\_\_

5. Avez-vous consommé des drogues qui créent une dépendance (y compris sans s'y limiter de la marijuana, du LSD, de la cocaïne, des barbituriques, du haschish, des stimulants, des hallucinogènes ou autres stupéfiants) sauf sur ordonnance d'un médecin?  Oui  Non  
 (Dans l'affirmative, remplir le questionnaire sur l'usage de drogue (144F).

6. Êtes-vous ou avez-vous déjà été membre des alcooliques anonymes, narcotiques anonymes ou toute autre association similaire?  Oui  Non  
 Si oui, veuillez nous fournir les détails pertinents suivants : fréquence de participation, date de votre dernière réunion?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Commentaires supplémentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne répons pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X