

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Année Mois Jour </div>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

1 Consommez-vous des boissons alcooliques? Oui Non **Si oui**, précisez la quantité hebdomadaire actuelle.

Bière
Vin
Spiritueux

Verres _____

2 Au cours des 5 dernières années, votre consommation d'alcool a-t-elle changé? Oui Non **Si oui**, précisez la quantité hebdomadaire antérieure.

Bière
Vin
Spiritueux

Verres _____

Quand avez-vous modifié votre consommation et pour quelle raison?

Année
Mois

Raison: _____

3 Avez-vous déjà été avisé de réduire votre consommation d'alcool ou été traité pour abus d'alcool? Oui Non

Si oui, précisez les dates, les noms et adresses des médecins ou établissements consultés: _____

4 Êtes-vous membre d'un groupe de soutien? Oui Non **Si oui**, depuis quand?

Année
Mois

5 Avez-vous déjà été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates: _____

6 Remarques additionnelles: _____

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Signature du témoin