Questionnaire relatif à la consommation d'alcool

(À remplir par la personne assurée)

Numéro de police :

Nom de la personne assurée : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

1 Consommez-vous actuellement des boissons alcoolisées? Si ***« Oui »,*** remplissez le tableau ci-dessous. . . . . ○ Oui ○ Non

TYPE	NOMBRE/QUANTITÉ	FRÉQUENCE				À QUAND REMONTE LA DERNIÈRE CONSOMMATION
Bière		Bouteilles	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	
Vin		Verres	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	
Alcool		○ oz ○ ml	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	

2 Avez-vous déjà bu considérablement plus qu'à présent? Si ***« Oui »,*** remplissez le tableau ci-dessous.. . . . . ○ Oui ○ Non

TYPE	NOMBRE/QUANTITÉ	FRÉQUENCE				DATES (JJ/MM/AAAA)	
Bière		Bouteilles	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	Entre	et
Vin		Verres	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	Entre	et
Alcool		○ oz ○ ml	○ par jour	○ par semaine	○ par mois	Entre	et

Quand avez-vous changé vos habitudes de consommation d'alcool et pourquoi?

_____

3 Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu des traitements (comme Antabuse) ou avez-vous déjà été membre des Alcooliques Anonymes (AA) ou de toute organisation semblable en raison de l'usage d'alcool? . . . . . ○ Oui ○ Non

Si ***« Non »,*** y avez-vous déjà pensé? . . . . . ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »,*** indiquez le nom et l'adresse de tout médecin, hôpital ou centre de traitement que vous avez consulté, y compris les médicaments qui vous ont été prescrits et les dates dans chaque cas.

_____

_____

4 Avez-vous déjà été arrêté pour conduite en état d'ébriété? . . . . . ○ Oui ○ Non

Si ***« Oui »,*** précisez : _____

_____

5 N'hésitez pas à ajouter des renseignements pertinents qui, selon vous, pourraient clarifier l'information exigée dans ce questionnaire.

_____

_____

_____

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude. J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

Fait à _____ en ces _____ jour de _____ , 20 _____ .

_____ _____

Signature de la personne assurée Signature du témoin

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER