

Questionnaire relatif à la consommation d'alcool

Preuve n° (réservé au siège social)

Prénom de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom du conseiller	Nom	Numéro du conseiller

1. a) Indiquez votre consommation hebdomadaire de boissons alcoolisées?
- b) Depuis combien de temps consommez-vous cette quantité d'alcool? Moins de 6 mois Entre 6 et 24 mois
 Entre 2 et 5 ans Plus de 5 ans
- c) À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées? Quotidiennement Surtout la fin de semaine
 Autre _____
2. Vous a-t-on **déjà** conseillé de réduire votre consommation d'alcool? Oui Non
Si «**oui**», précisez.

Prénom du médecin ayant établi un dossier complet	Nom	Date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)
Adresse (numéro et rue)	Appartement ou bureau	Ville
	Province	Code postal

3. Indiquez le nombre moyen de verres par semaine que vous consommez lorsqu'on vous a conseillé de réduire votre consommation : 0 à 12 verres 13 à 24 verres 25 à 50 verres Plus de 50 verres
4. Avez-vous reçu un traitement médical relativement à votre consommation d'alcool ou à l'alcoolisme ou avez-vous été traité(e) dans un centre de réadaptation? Oui Non Si «**oui**», précisez.

Nom et adresse de l'établissement	Date (jj-mm-aaaa)
-----------------------------------	-------------------

5. a) Êtes-vous membre des Alcooliques Anonymes (AA)? Oui Non
b) Assistez-vous régulièrement aux réunions? Oui Non
6. A-t-on **déjà** suspendu votre permis de conduire ou vous l'a-t-on retiré pour quelque raison que ce soit? Oui Non
Si «**oui**», précisez.

Date(s) de suspension	Infraction

Déclaration : Je déclare que toutes les réponses et énoncés aux questions ci-dessus sont exacts et complets et qu'ils font partie intégrante de la proposition d'assurance présentée en vue de la souscription auprès de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, d'un contrat d'assurance sur ma tête. Je comprends que si mes réponses à ces questions ne sont pas exactes et complètes (si je fais de fausses déclarations), la compagnie peut annuler le contrat.

Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature de la personne à assurer
			X

N'envoyer qu'un seul exemplaire de ce document.

Conseillers du réseau de carrière : l'original ou une télécopie au numéro sans frais 1-866-487-4745.

Tous les autres conseillers : faites-nous parvenir le document par l'intermédiaire de votre AGP ou des Comptes nationaux.