

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PROPOSANT

NOM DU PROPOSANT

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNÉE

## PRÉCISIONS

1. Consommez-vous des boissons alcoolisées?  OUI  NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

QUANTITÉ :

par jour

par semaine

par mois

Bière	Vin	Spiritueux

À quand remonte votre dernière consommation?

2. Avez-vous déjà bu davantage que vous ne le faites actuellement?  OUI  NON Si OUI, veuillez fournir les renseignements suivants :

Dates : du

au

QUANTITÉ :

par jour

par semaine

par mois

Bière	Vin	Spiritueux

Pourquoi avez-vous changé vos habitudes de consommation d'alcool?

3. Avez-vous déjà reçu un traitement médical ou vous a-t-on déjà recommandé de recourir à un traitement médical en raison de votre consommation d'alcool?  OUI  NON

Si OUI, veuillez inscrire le nom de tout médecin, hôpital ou centre de traitement et les dates correspondantes :

Avez-vous consommé de l'alcool depuis votre traitement?  OUI  NON Si OUI, veuillez donner une description détaillée :

4. Êtes-vous membre ou avez-vous déjà été membre des Alcooliques Anonymes ou d'un groupe analogue?  OUI  NON

Avez-vous consommé de l'alcool depuis que vous vous êtes joint aux Alcooliques Anonymes?  OUI  NON

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, veuillez préciser :

5. Avez-vous déjà commis une infraction au Code de la route lorsque vous étiez sous l'effet de l'alcool?  OUI  NON Si OUI, veuillez préciser la nature et la date de chaque occurrence.

6. Veuillez ajouter toute autre information que vous jugez importante.

## ACCORDS / CONDITIONS PARTICULIÈRES / AUTORISATIONS

Tous les accords, conditions particulières et autorisations convenus dans la proposition d'assurance vie initiale ou dans la demande de remise en vigueur/modification s'appliquent au présent formulaire.

## SIGNATURE

Je déclare par la présente que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et complets et reconnais qu'ils feront partie intégrante de ma proposition à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document sera valide au même titre que l'original.

DATE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ

**VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :**

La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8

Tél. : 1-888-997-9965 Téléc. : 1-888-985-3872 Web : wawanesalife.com