

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA CUESTIONARIO DE USO DE ALCOHOL

1.- Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

2.- ¿Consume bebidas alcohólicas actualmente? SI NO

Cantidad	Vino	Cerveza	Otro Licor	Fecha de última bebida
Diariamente				
Semanalmente				
Mensualmente				

3.- ¿Alguna vez ha consumido sustancialmente más bebidas alcohólicas de lo que consume actualmente?
SI NO Fechas: desde _____ hasta _____

Cantidad	Vino	Cerveza	Otro Licor	Fecha de última bebida
Diariamente				
Semanalmente				
Mensualmente				

¿Por qué cambió sus hábitos de consumir alcohol? _____

4.- ¿Ha consultado algún médico o recibido tratamiento por uso de alcohol? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y dirección del doctor, hospital o centro que lo atendió:

5.- ¿Ha sido multado y/o arrestado por conducir bajo la influencia del alcohol? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, provea detalles _____

6.- Por favor provea cualquier información adicional que considere pertinente: _____

Fecha

Firma del testigo

Firma del Asegurado propuesto