

ALCOHOL USE QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

1 Do you now, or have you ever, used alcoholic beverages? Yes No

2 What kind (i.e. beer, wine, spirits, including cocktail and mixed drinks)?

3 What quantity on any one occasion? _____

4 How often? _____

5 When was the last occasion? _____

6 Have you ever been required to take an alcohol "breathalyser" test? Yes No

When? _____

What was the result? _____

7 Have you ever received treatment for alcoholism or a drinking problem? Yes No

State name and address of physician or institute giving treatment:

Do you now use, or have you ever used, antabuse? Yes No

8 Are you now, or have you ever been, a member of Alcoholics Anonymous, or any other organization for the control of alcohol use? Yes No

State the date when you stopped drinking: _____

Indicate whether or not you remained totally abstinent since that date: _____

9 Do you use sedatives or tranquilizers? Yes No

State which, and what dosage: _____

I declare my answers and statements indicated above have been correctly recorded and to the best of my knowledge and belief, are complete and true.

Date _____ Signature _____

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

1 Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des boissons alcooliques? Oui Non

2 Quelle sorte de boisson buvez-vous (bière, vin, spiritueux, y compris les cocktails)?

3 Quelle quantité prenez-vous chaque fois? _____

4 À quelle fréquence buvez-vous? _____

5 À quand remonte la dernière fois? _____

6 Avez-vous déjà eu à subir un alcootest? Oui Non

À quelle date? _____

Quels ont été les résultats? _____

7 Avez vous déjà subi un traitement ou une cure de désintoxication? Oui Non

Indiquez le nom et l'adresse du médecin traitant ou de l'établissement fréquenté :

Prenez-vous actuellement ou avez-vous déjà pris de l'Antabuse? Oui Non

8 Êtes-vous actuellement ou avez-vous déjà été membre de l'association des Alcooliques Anonymes ou de toute autre société d'entraide des alcooliques? Oui Non

Indiquez la date à laquelle vous avez cessé de boire : _____

Indiquez si, depuis, vous vous êtes abstenu complètement de boire : _____

9 Prenez-vous des sédatifs ou des tranquillisants? Oui Non

Indiquez le nom du médicament et la dose : _____

Je déclare que mes réponses et déclarations ci-dessus ont été correctement consignées et que, autant que je sache, elles sont exactes et complètes.

Date _____ Signature _____