

APPLICANT'S DRUG QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

Please answer the following questions. Include as much information as you can. You **do not** need to take this form to a doctor.

1 In the past 10 years, have you used any drugs such as L.S.D., heroin, hash, cocaine (coke), marijuana (pot), uppers, downers, angel dust, or any others not prescribed by a physician? Yes No

If yes, give details:

| TYPE | HOW OFTEN USED | DOSAGE OR AMOUNT USED | DATES USED FROM TO |
|------|----------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2 Have you ever received treatment for drug use? Yes No

If yes, state name and address of physician or institute giving treatment:

ADDITIONAL INFORMATION:

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 L'USAGE DE DROGUES

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

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

Veillez répondre aux questions suivantes en donnant le plus de renseignements possible. Vous **n'avez pas** à apporter le présent formulaire à un médecin.

- 1** Dans le courant des dix dernières années, avez-vous fait usage de drogues telles que le LSD, l'héroïne, le haschich, la cocaïne (coke), la marijuana (pot) et la PCP, de stimulants, de dépresseurs ou d'autres produits non prescrits par un médecin? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez des détails ci-dessous :

| TYPE | FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION | DOSE OU QUANTITÉ CONSOMMÉE | DURÉE DE LA CONSOMMATION (DATES) DE À |
|------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- 2** Avez-vous déjà été traité pour toxicomanie? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez le nom et l'adresse du médecin qui vous a traité ou de l'établissement où le traitement s'est fait :

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES :

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus ont été correctement consignées et que, à ma connaissance, elles sont exactes et complètes.

Date _____ Signature _____