

## Questionnaire Plongée sous-marine Spéléologie

N° Adhérent : .....  M.  Mme.  Mlle.  
 NOM et PRENOM : .....  
 Adresse : .....  
 Date de naissance : ..... Profession : .....  
 Employeur : .....

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

		NON	OUI	
<b>1</b>	<b>Expérience/formation :</b>			
	<b>1. Statut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a. Amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b. Professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, décrivez votre activité : .....
	<b>2. Faites-vous partie d'un club ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>3. Possédez-vous un brevet ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveau : ..... Date d'obtention : ...../...../.....
	<b>4. Aptitude médicale à la plongée</b>			
	a. Pratiquez-vous un contrôle annuel de votre aptitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier bilan : .....
	b. Le médecin vous a-t-il déclaré apte à la plongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier certificat : .....
<b>2</b>	<b>Pratiquez-vous la plongée libre (apnée, tuba) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>1. Site des plongées :</b>			Indiquez la situation géographique des lieux de plongée ↓
	a. mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	b. rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	c. lac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	d. port	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	e. autres (précisez) : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	.....			.....

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		NON	OUI	
<b>2.</b>	<b>Caractéristiques des plongées :</b>			
a.	en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	sous la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	spéléologie sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	utilisation d'explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>3.</b>	<b>Renseignements divers</b>			
a.	Nombre de plongées par an : .....			
b.	Profondeur habituelle : .....			
c.	Plus grande profondeur atteinte : .....			
d.	But des plongées en apnée : .....			
<b>3</b>	<b>Pratiquez-vous la plongée avec bouteilles (scaphandre autonome) ou scaphandre lourd ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Air comprimé <input type="checkbox"/> Nitrox (20 % d'oxygène) <input type="checkbox"/> Autres mélanges gazeux .....
<b>1.</b>	<b>Type de plongée :</b>			
a.	bouteilles (autonome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	scaphandre lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.</b>	<b>Site des plongées :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez la situation géographique des lieux de plongée ↓
a.	mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b.	rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c.	lac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d.	port	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
e.	plate-forme pétrolière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
f.	autres (précisez) : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
<b>3.</b>	<b>Caractéristiques des plongées :</b>			
a.	en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

		NON	OUI	
c.	de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	sous la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	spéléologie sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	utilisation d'explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.</b>	<b>Renseignements divers</b>			
a.	Nombre de plongées par an : .....			
b.	Profondeur habituelle : .....			
c.	Plus grande profondeur atteinte : .....			
d.	But des plongées en scaphandre : .....			
<b>5.</b>	<b>Effectuez-vous des essais ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	de mélanges gazeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : .....
<b>4</b>	<b>Pratiquez-vous la spéléologie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, depuis quelle date ? ..... / ..... / .....
<b>1.</b>	<b>Caractéristiques de la pratique :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.	en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	spéléologie à ciel ouvert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	exploration de rivière souterraine, grottes, gouffres, cavernes, mines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sans plongée <input type="checkbox"/> avec plongée
e.	spéléologie sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f.	équipe de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g.	Autres, précisez.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**AIR COURTAGE ENTREPRISES**

Hôtel d'entreprises «Pierre Blanche»  
 Allée des Lilas BP 70008 - 01155 St VULBAS CEDEX  
 Tél. +33 (0)4 74 46 09 10 - Fax +33 (0)4 74 46 09 14  
 Email : info@air-entreprises.com  
 www.air-assurances.com

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

5 Accidents survenus dans l'exercice de la plongée – de la spéléologie			
1.	Avez-vous déjà eu un accident ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
2.	Avez-vous déjà ressenti des troubles pendant ou après vos plongées ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
3.	Dates et circonstances : .....		
4.	Natures et localisations des lésions : .....		
5.	Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) : .....		
6.	Traitement(s) suivi(s) et durée : .....		
7.	Séquelles : .....		
6 Renseignements additionnels			
Autres renseignements et détails pour fixer les conditions de couverture du risque : ..... .....			

**IMPORTANT** : il est bien entendu que si, par la suite, vous n'exercez plus votre activité dans les mêmes conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture. Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Ce questionnaire est rempli impérativement par la personne à assurer ; toutes les réponses aux questions sont obligatoires. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le Code des Assurances (Art. L113-8 : nullité du contrat et Art. L113-9 : réduction des indemnités). J'autorise votre société à communiquer ces informations à ses mandataires, réassureurs et organismes professionnels habilités ; je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Direction de la Communication de votre Société (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

A ..... Le .....

**Signature de la personne à assurer  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)**