

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	
1	<b>Pratique de la plongée :</b>			
	<b>1. Statut</b>			
	<b>a.</b> amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous êtes professionnel, 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>			
	<b>a.</b> Pratiquez-vous un contrôle annuel de votre aptitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier bilan :.....
	<b>b.</b> Le médecin vous a-t-il déclaré apte à la plongée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date du dernier certificat :.....
2	<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 : ▼
	<b>a.</b> mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	<b>b.</b> rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	<b>c.</b> lac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	<b>d.</b> port	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
	<b>e.</b> autres (précisez) :..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... .....
	<b>2. Caractéristiques des plongées :</b>			
	<b>a.</b> en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>c.</b> de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>d.</b> sous la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>e.</b> spéléologie sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>f.</b> utilisation d'explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>3. Renseignements divers</b>			
	<b>a.</b> Nombre de plongées par an :.....			
	<b>b.</b> Profondeur habituelle :.....			
	<b>c.</b> Plus grande profondeur atteinte :.....			
	<b>d.</b> But des plongées en apnée :.....			

# Questionnaire Plongée

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

		Non	Oui		
3	<b>Pratiquez-vous la plongée avec bouteilles (scaphandre autonome) ou scaphandre lourd ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Air comprimé (20% d'oxygène)	<input type="checkbox"/> Nitrox
	<b>1. Type de plongée :</b>			<input type="checkbox"/> Autres mélanges gazeux.....	
	<b>a.</b> bouteilles (autonome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b> scaphandre lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>2. Site des plongées :</b>			Indiquez la situation géographique des lieux de plongée : ▼	
	<b>a.</b> mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>b.</b> rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>c.</b> lac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>d.</b> port	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>e.</b> plate-forme pétrolière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>f.</b> autre (précisez) :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
	<b>3. Caractéristiques des plongées :</b>				
	<b>a.</b> en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b> en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b> de nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>d.</b> sous la glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>e.</b> spéléologie sous-marine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>f.</b> utilisation d'explosifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>4. Renseignements divers</b>				
	<b>a.</b> Nombre de plongées par an.....				
	<b>b.</b> Profondeur habituelle.....				
	<b>c.</b> Plus grande profondeur atteinte.....				
	<b>d.</b> But des plongées en scaphandre.....				
	<b>4. Effectuez-vous des essais :</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>a.</b> de matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>b.</b> de mélanges gazeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>c.</b> autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez.....	
4	<b>Accidents survenus dans l'exercice de la plongée</b>				
	<b>1. Avez-vous déjà eu un accident ?</b>			<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	<b>2. Avez-vous déjà ressenti des troubles pendant ou après vos plongées ?</b>			<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
	<b>Si oui, à l'occasion d'une plongée :</b>	<input type="checkbox"/> en apnée	<input type="checkbox"/> avec bouteilles	<input type="checkbox"/> en scaphandre lourd	
	<b>Décrivez les troubles :</b>				
	<b>3. Dates et circonstances :</b>				
	<b>4. Natures et localisations des lésions :</b>				
	<b>5. Hospitalisation(s) éventuelle(s) avec ou sans intervention(s) chirurgicale(s) :</b>				
	<b>6. Traitement(s) suivi(s) et durée :</b>				
	<b>7. Séquelles :</b>				

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). Il reste bien entendu que si, par la suite, vous pratiquez les activités précitées dans d'autres conditions que celles précisées ci-dessus, la garantie ne sera accordée que si vous avez reçu de votre assureur les nouvelles conditions de couverture.

A ..... le .....

**APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

**Siège social,**  
Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet www.april.fr

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

X

