

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	Pratique de la plongée :				
	1. Statut				
	a.	amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b.	professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si vous êtes professionnel, décrivez votre activité :.....
	2.	Faites-vous partie d'un club ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.	Possédez-vous un brevet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveau :.....Date d'obtention :.....
	4. Aptitude médicale à la plongée				
	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 :.....
	2	Pratiquez-vous la plongée libre (apnée, tuba) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1. Site des plongées :			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"/>
	2. Caractéristiques des plongées :				
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"/>		
	3. Renseignements divers				
	a.	Nombre de plongées par an :.....			
	b.	Profondeur habituelle :.....			
	c.	Plus grande profondeur atteinte :.....			
	d.	But des plongées en apnée :.....			

Questionnaire Plongée

Nom : Prénom : N° Adhérent :

		Non	Oui		
3	Pratiquez-vous la plongée avec bouteilles (scaphandre autonome) ou scaphandre lourd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Air comprimé (20% d'oxygène)	<input type="checkbox"/> Nitrox
	1. Type de plongée :			<input type="checkbox"/> Autres mélanges gazeux.....	
	a. bouteilles (autonome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. scaphandre lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	2. Site des plongées :			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. autre (précisez) :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Caractéristiques des plongées :				
	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"/>		
	4. Renseignements divers				
	a. Nombre de plongées par an.....				
	b. Profondeur habituelle.....				
	c. Plus grande profondeur atteinte.....				
	d. But des plongées en scaphandre.....				
	4. Effectuez-vous des essais :	<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.....	
4	Accidents survenus dans l'exercice de la plongée				
	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
	Si oui, à l'occasion d'une plongée :	<input type="checkbox"/> en apnée	<input type="checkbox"/> avec bouteilles	<input type="checkbox"/> en scaphandre lourd	
	Décrivez les troubles :				
	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 :				

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

