

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 spéléologie</b>			
	<b>1. Quel est votre statut ?</b>			
	<b>a.</b> amateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, quel est le but de votre activité ? .....
				.....
				.....
	<b>2. Faites-vous partie d'un club ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis quelle année ? .....
				N°de licence : ..... Date : .....
				Nature de la licence : .....
	<b>3. Etes-vous membre d'une équipe de secours ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quelle est la nature de vos interventions : .....
				.....
				.....
	<b>4. Vous pratiquez cette activité :</b>			
	<b>a.</b> en solitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>5. Description des explorations</b>			
	vous pratiquez la spéléologie :			
	<b>a.</b> sans passage en plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> avec passage en plongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, répondez aux questions 2... (verso) :
	<b>c.</b> Explorez-vous des gouffres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nom des gouffres explorés : .....
				lieux : .....
	<b>d.</b> Profondeur moyenne des cavités explorées : .....			
	<b>e.</b> Durée moyenne des descentes : .....			
2	<b>Spéléologie avec plongée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>1. Possédez-vous un brevet de plongée</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, niveau et date d'obtention : .....
				.....
	<b>2. Type de plongée</b>			
	<b>a.</b> scaphandre lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>b.</b> scaphandre autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>c.</b> plongée en apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>3. Profondeur des plongées :</b>			Dans le cadre de la spéléologie :
	<b>a.</b>			Profondeur habituelle de vos plongées ? .....
	<b>b.</b>			Plus grande profondeur que vous avez atteinte ? .....
	<b>c.</b>			Nombre moyen de plongées par an ? .....

# Questionnaire Spéléologie

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

3 Accidents survenus lors de la pratique de la spéléologie :		
1.	Avez-vous déjà eu un accident ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.	Avez-vous déjà ressenti des troubles pendant ou après vos descentes ou vos plongées ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, décrivez les troubles :	..... .....
3.	Dates, lieu 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 .....

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

X

**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](http://www.april.fr)

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

  
**april**  
ASSURANCES