

Q4 Plongées Subaquatiques



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Expérience / Formation

Participation de la plongées depuis quand ?

Brevet : Oui Non

Contrôle médical régulier : Oui Non

Type de plongée : Apnée Scaphandre autonome

Profondeur habituelle

Plus grande profondeur atteinte au cours des 2 dernières années

Accidents / Troubles

Oui Non Date / /

Séquelles :

Plongées actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel

Employeur

Amateur

Apnée

Scaphandre autonome

- But :

- Lieu : Mer Port Lac Canal Rivière Gravière Autres : lesquels ?

- Zone(s) géographique(s)

- Conditions : Seul Groupe

- Nombre de plongées par an ?

- Usage d'explosifs Oui Non

- Exploit, record, essai de matériel Oui Non Si oui, commentaire succinct

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture du risque «Plongées Subaquatiques» :

IMPORTANT : Je certifie avoir répondu consciencieusement au questionnaire susmentionné qui est destiné à faire partie intégrante de ma proposition d'assurance.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)

Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à dip@metlife.fr
en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer

