

À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance :

N° de police :

Expérience / Formation

Pratique de la spéléologie depuis quand ?

Membre d'un club : Oui Non

Au cours des 12 derniers mois :

- Gouffres, grottes ou cavités déjà explorés Oui Non

- Nombre d'explorations

- Durée habituelle des explorations

- Profondeur habituelle

Accident

Oui

Non

Date / /

Séquelles :

Explorations actuelles et futures (dans les 12 prochains mois)

Professionnel Amateur

But

Lieu Gouffres Grottes Cavités Autres : lesquels ?

déjà explorés

Oui

Non

Zone(s) géographique(s)

Conditions

seul groupe

Nombre d'explorations par an

Fréquence

Varappe Oui Non

Scaphandre autonome Oui Non

Passage de siphons Oui Non

Expédition de longue durée Oui Non

Membre d'une équipe de secours Oui Non

Exploit, record : si oui, commentaire succinct

NOM et Prénom :

Renseignements additionnels

Autres renseignements et détails dont la Compagnie doit avoir connaissance pour fixer les conditions de couverture des risques «Spéléologie» :

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)

Veillez 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