

## QUESTIONNAIRE RELATIF À LA PLONGÉE SOUS-MARINE, À L'ESCALADE OU À L'ALPINISME

Prénom et nom	Date de naissance			Numéro de référence : N° de demande, de police, de contrat ou d'adhésion		
	A	M	J			
<b>PLONGÉE SOUS-MARINE</b>						
1- Quel est l'objet de vos plongées? <input type="checkbox"/> Récréation <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____						
2- Quel genre d'équipement utilisez-vous? <input type="checkbox"/> Tuba (« snorkel ») <input type="checkbox"/> Scaphandre <input type="checkbox"/> Scaphandre autonome (« scuba ») <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____						
3- À quel endroit plongez-vous habituellement? (ex. : lacs, océans, etc.) _____						
4- Plongez-vous parfois sous la glace? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
5- Plongez-vous dans des cavernes sous-marines? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				5 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
6- Plongez-vous dans des épaves? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				6 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
7- Avez-vous suivi des cours? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				7 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
8- Possédez-vous un certificat? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				8 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
9- Êtes-vous membre d'un club? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				9 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
10- Plongez-vous parfois seul? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				10 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11- Vos plongées vous ont-elles déjà indisposé? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				11 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
12- Profondeur et expérience de plongée	<b>0 à 100 pieds</b>		<b>101 à 150 pieds</b>		<b>151 pieds et plus</b>	
	<b>Nombre de plongées</b>	<b>Heures totales</b>	<b>Nombre de plongées</b>	<b>Heures totales</b>	<b>Nombre de plongées</b>	<b>Heures totales</b>
	12 derniers mois		12 prochains mois			
<b>ESCALADE OU ALPINISME</b>						
1- À quel endroit pratiquez-vous ce sport? _____						
2- À quel endroit prévoyez-vous pratiquer ce sport? _____						
3- Jusqu'à combien de pieds montez-vous? _____						
4- Genre d'escalade : <input type="checkbox"/> sentier <input type="checkbox"/> rocher <input type="checkbox"/> neige <input type="checkbox"/> glacier Depuis quand le pratiquez-vous? _____ <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____						
5- Degré de difficulté : <input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> difficile						
6- Pratiquez-vous ce sport : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en équipe Nombre et expérience des équipiers : _____						
7- Saison(s) d'activité : <input type="checkbox"/> printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver						
8- Nombre d'escalades : _____ 12 derniers mois : _____ 12 prochains mois : _____						
9- Êtes-vous affilié à un club?				9 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
10- Avez-vous suivi un cours? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				10 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
11- Prévoyez-vous des changements à vos activités? Si <b>Oui</b> , précisez : _____				11 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.						
_____		_____		_____		
Date		Signature de la personne à assurer (père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)		Signature du témoin		