

# 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)**

**Veillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [dip@metlife.fr](mailto:dip@metlife.fr) en précisant en objet de l'email le mot-clé «Médical»**

**Informatiques et libertés :** Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client. La durée de conservation de vos données personnelles dépend de la nature du contrat d'assurance souscrit et du délai de prescription applicable. En l'absence de souscription au contrat d'assurance, la durée de conservation de vos données personnelles ne peut excéder 3 ans.

Fait à :

Le : / /

Signature de la personne à assurer