

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 déjà explorés	Grottes Oui	Cavités Non	Autres : lesquels ?
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»

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