

### Identification

Numéro de police :

Nom de la personne à assurer :

Prénom de la personne à assurer :

Date de naissance :  /  /   
année / mois / jour

### Section escalade

1. Quel genre d'escalade pratiquez-vous ?

A) Randonnée pédestre

B) Escalade

C) Escalade de mur artificiel

D) Rocher / montagne

E) Glacier

F) Autres (spécifier) : \_\_\_\_\_

2. À quel endroit pratiquez-vous ce sport :

A) Amérique du Nord / Europe de l'Ouest (excluant les régions Artique)

B) Amérique du Nord / Europe de l'Ouest (incluant les régions Artique)

C) Europe de l'Est / Asie (excluant la chaîne de l'Himalaya)

D) Asie (la chaîne de Himalaya)

E) Amérique du Sud

F) Afrique

G) Antarctique

H) Autres (veuillez spécifier) : \_\_\_\_\_

3. À quelle altitude ?

A) Moins de 13,000 pieds

B) Plus de 13,000 pieds

4. Décrivez les équipements de sécurité que vous utilisez :

---

---

---

---



## Section escalade (suite)

5. Pratiquez-vous ce sport en solo ou sans corde :  Oui  Non

6. Depuis quand pratiquez-vous ce sport :

A) Date de la plus récente escalade : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

B) Combien d'escalade avez-vous fait : \_\_\_\_\_

C) Combien d'escalade au cours des 12 derniers mois : \_\_\_\_\_

D) Combien d'escalade prévoyez-vous faire au cours des 12 prochains mois : \_\_\_\_\_

E) Avez-vous l'intention de continuer à pratiquer l'escalade ?  Oui  Non

7. La plus haute élévation atteinte au cours d'une escalade : \_\_\_\_\_  Pieds  Mètres

8. La classification, la plus élevée, de vos escalades :

A) Niveau (cotation) : \_\_\_\_\_

B) Système de cotation utilisé (YDS, Vermin, etc.) : \_\_\_\_\_

C) Aucun système de classification utilisé : \_\_\_\_\_

9. Veuillez indiquer les formations suivies, les certificats obtenus, permis, etc., que vous détenez, liste des Organisations national ou international dont vous êtes membres.

---

---

---

---

Je soussigné déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'elles serviront de base au contrat d'assurance avec Humania Assurance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : 

--	--	--	--

 / 

--	--

 / 

--	--

  
année / mois / jour

Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Signature du témoin \_\_\_\_\_