

**FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE****ASSURANCE CORPS DE PLAISANCE****I. PROPOSANT**

- I.1. Souscripteur .....
- I.2. Adresse .....
- I.3. Assuré .....
- I.4. Profession .....
- I.5. N° du registre de commerce .....
- I.6. N° de téléphone ..... I.7. N° de fax .....

**II. EMBARCATION ASSUREE**

## II.1. Caractéristiques de la coque :

- Immatriculation .....
- Marque et type .....
- Nom .....
- Longueur .....
- Largeur .....
- Hauteur .....
- Tonnage .....
- Nombre de places .....
- Valeur .....DT
- Port d'attache .....

## II.2. Caractéristiques du (/des) moteur(s) :

- Moteur N° 1 ..... Moteur N° 2 .....
- Marque et type .....
  - Matériaux .....
  - Année de fabrication .....
  - Matricule .....
  - Numéro de châssis .....
  - Puissance .....
  - Valeur .....

## II.4. Périodes de garanties demandées :

- Période de navigation .....
- Séjour à flot .....
- Séjour à terre .....

## II.5. Garanties : .....

**Types de garanties :**

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Pertes et avaries, vol total | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Responsabilité civile        | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Ski nautique                 | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Banane                       | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Parachute                    | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Vol partiel des accessoires  | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Vol du moteur amovible       | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |
| Transport terrestre          | <input type="checkbox"/> OUI | NON <input type="checkbox"/> |

Individuelle marine

Si oui, veuillez indiquer

- le nombre de personnes .....
- le capital décès par personne .....
- le capital IPP (invalidité partielle et permanente) .....
- les frais médicaux par personne .....

## II.6. Usage :

Usage personnel Usage commercial **ANTECEDANT DU RISQUE**Le souscripteur a-t-il déjà été assuré pour le même risque ? Oui  Non 

Si oui, auprès de quelle compagnie ?

Y a-t-il éprouvé des sinistres durant les cinq dernières années ? Oui  Non 

Si oui quelle a été l'importance

Le souscripteur soussigné certifie que les réponses faites au présent formulaire de déclaration de Risque sont exactes et qu'il a répondu loyalement et avec précision aux questions posées et s'engage à déclarer les circonstances nouvelles intervenues en cours de contrat et rendant inexacts les déclarations figurant au présent formulaire

En conséquence, le présent formulaire doit en cas d'acceptation, être considéré comme base d'établissement du contrat. (ART 7 –Alinéa 2 du Code des Assurances)

La signature du présent questionnaire n'engage ni le proposant ni le souscripteur à souscrire cette assurance.

FAIT A .....LE .....

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR