

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION
ASSURANCE TRANSPORT DE MARCHANDISES

I. PROPOSANT

I.1. Souscripteur :

I.2. Adresse :

I.3. Assuré :

I.4. Activité :

I.5. N° du RNE :

I.6. N° de téléphone :

I.7. Adresse mail :

II. TRANSPORT DE MARCHANDISES

II.1. Désignation de ou des marchandises à transporter.....

II.2. Emballage

II.3. Garantie(s) demandée(s) : Tous risques FAP Sauf Accidents caractérisés
Vol Autres (à préciser)

II.4. Transporteur (navire, société de transport, ligne aérienne...)

-Voyage : de à

-Date d'effet :

II.5. Mode de transport Aérien Maritime Terrestre

II.6. Voyage : de à

II.7. Transbordement(s) Oui Non

Si oui, préciser le(s) port(s) de transbordement

II.8. Valeur assurée

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