



## FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE ASSURANCE CORPS DE PLAISANCE

### LE PROPOSANT

Souscripteur .....

Adresse .....

Assuré .....

Profession .....

N° RC/C.I.N .....

N° de téléphone ..... I.7. N° de fax .....

### RENSEIGNEMENTS SUR LE RISQUE A COUVRIR

#### Caractéristiques de la coque :

- Immatriculation .....

- Marque et type .....

- Nom .....

- Longueur .....

- Largeur .....

- Hauteur .....

- Tonnage .....

- Nombre de places .....

- Valeur .....DT

- Port d'attache .....

#### Caractéristiques du (/des) moteur(s) :

Moteur N° 1 ..... Moteur N° 2 .....

- Marque et type .....

- Matériaux .....

- Année de fabrication .....

- Matricule .....

- Numéro de châssis .....

- Puissance .....

- Valeur .....DT

**Périodes de garanties demandées :**

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

**Types de garanties**

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

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 .....

**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