**FORMULAIRE DE DECLARATION DU RISQUE**

**ASSURANCE CORPS DE PLAISANCE**

**Le présent formulaire doit être soigneusement rempli et signé par l’assuré. Les déclarations qui y sont consignées serviront de base à l’établissement du contrat.**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. PROPOSANT**  |  |
|  |  |
| I.1. Souscripteur   |       |
|  (Prénom, nom ou raison sociale) |  |
| I.2. Adresse  |       |
| I.3. Assuré   |       |
|  (Prénom, nom ou raison sociale) |  |
| I.4. Profession   |       |
| I.5. N° du registre de commerce   |       |
| I.6. N° de téléphone |       | I.7. N° de fax  |       |
| I.8. Adresse e-mail  |       |  |  |
|  |  |
| **II. EMBARCATION ASSUREE** |
|  |  |
| **II.1. Caractéristiques de la coque :** |
|  |  |
| - Immatriculation  |       |
| - Marque et type   |       |
| - Nom |       |
| - Longueur  |       |
| - Largeur |       |
| - Hauteur |       |
| - Tonnage |       |
| - Nombre de places |       |
| - Valeur |       |
| - 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.3. Caractéristiques des biens et des effets personnels :** |
|  |  |
|  |       |
|  |  |
| **II.4. Périodes de garanties demandées :** |
|  |  |
| - Période de navigation |       |
| - Séjour à flot |       |
| - Séjour à terre |       |
|  |  |
| **II.5. Garanties :** |
|  |
| **Types de garanties** | **Valeurs**  |
| [ ]  | Pertes et avaries, vol total |       |
| [ ]  | Responsabilité civile |       |
| [ ]  | Ski nautique |       |
| [ ]  | Banane |       |
| [ ]  | Parachute |       |
| [ ]  | Vol partiel des accessoires |       |
| [ ]  | Vol du moteur amovible |       |
| [ ]  | Dommage et vol des biens et des effets personnels |       |
| [ ]  | Transport terrestre |       |
| [ ]  | 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 |
|  |  |  |
| **III. AUTRES RENSEIGNEMENTS** |
|  |
| Est-ce que l’unité a enregistré des sinistres durant les cinq dernières années ? [ ]  oui ; [ ]  non |
| Si oui, veuillez indiquer :  |
| - la date du sinistre |       |
| - sa cause  |       |
| - son importance |       |

**Je soussigné, certifie que les réponses ci-dessus fournies sont, à ma connaissance, exactes.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fait à  |       | , le  |       |
| Nom : |       | Prénom : |       |

**Signature et cachet**