

QUESTIONNAIRE CORPS DE NAVIRES

Les rubriques précédées d'un (*) doivent impérativement être renseignées.

TRÈS IMPORTANT : Article 6 du Code des assurances : "La proposition d'assurance n'engage ni l'Assuré ni l'Assureur : seul le contrat ou la note de couverture constate leurs engagements réciproques".

*Intermédiaire :

*Proposant(s)

Adresse
complète

Tél. : _____

*Unité : Voilier Multicoques Monocoque Monotype
 Bateau à moteur(s) Habitable Non habitable

*Nom du bateau _____ *Modèle _____

Numéro d'immatriculation : _____ *Port d'attache : _____

*Année de construction : _____ Matériau de construction : _____

Longueur hors tout : _____ Nombre maximum de passagers : _____

*Type du(des) moteur(s) : Hors-bord Fixe *Nombre de moteur : _____

*Marque et année du (des)moteur(s) : _____

Puissance unitaire en chevaux : _____ Combustible : _____
(Réelle et nonfiscale)

***Valeur d'assurance USD – Usage**

Navire	{ Corps et dépendances _____ { Moteur(s) _____	Embarcation(s) annexe(s) : _____ Nombre : _____	Moteur { _____ Coque { _____

Objets, appareils et accessoires de navigation _____ Biens et effets personnels _____

Engin(s) de sauvetage _____ **Total Ensemble** _____

QUESTIONNAIRE CORPS DE NAVIRES

Crédit-leasing – Antécédents

*Le navire a-t-il été acheté { : à crédit, OUI NON
 en leasing, OUI NON

*A quelle Compagnie étiez-vous précédemment assuré ? _____

*Statistiques sinistres (que le risque soit déjà couvert par un assureur ou non) :

*Nombre de sinistres et leur coût total pour les 36 derniers mois : _____

*Pour quel motif l'assurance a-t-elle pris fin ? _____

*Garanties demandées

Durée : _____ Date d'effet : _____ Date d'échéance principale : _____

Contrat " Croisière "

Garanties	Capitaux assurés
1- Dommages et pertes atteignant le navire assuré	
2- Vol	
3- Responsabilité civile hors « jet ski » et assimilés par sinistre Défense pénale et recours	
4- Indemnités forfaitaires aux passagers Extension aux frais de recherche	
5- Capitaux garantis pour le risque « E » des dispositions générales : Décès accidentel Incapacité permanente Incapacité temporaire (par jour à partir du 16è)	<p style="text-align: center;">F } F Formule 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>

*Paiement : Comptant ou annuel Semestriel Trimestriel

*Pour les contrats annuels : Avec tacite reconduction Sans tacite reconduction

Fait à.....le.....

LE PROPOSANT

L'ASSUREUR CONSEIL

Les réponses au présent document seront réputées faire partie intégrante du contrat dès son établissement. En conséquence, toute omission, toute réponse ou déclaration inexacte du Proposant peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles 14 et 15 du code des assurances

INCENDIE AUTO SANTE VIE COMMERCIALE TRANSPORT VOYAGE HABITATION

Adresse : 90AB Boulevard du 30 juin, immeuble Paradiso local 101, Kinshasa/Gombe

RCCM: CD/ KNG/RCCM/18-B-00821ID.NAT: 01-83-N33660L N° Impôt : A1812529P

Téléphone: +243 821 920 300

Email: contact@assurancesokapi.com - Site Web: www.assurancesokapi.com