

**DEMANDEUR D'ASSURANCE****Personne Morale / Société :**

Dénomination Sociale :

Adresse du siège:

Code postal & ville :   Pays :

Téléphone :

Interlocuteur :  Fonction :

Adresse mail :  @

Ligne directe :

n° SIREN  Code APE :  Forme Juridique :

Société cotée : Oui  Non  Si oui, sur quel marché :

Identité des Dirigeants sociaux (*Président du Conseil d'Administration, Président du Directoire, Directeurs Généraux, Gérant*) :

Nom, prénom et qualité :

**Personne Physique / Entreprise individuelle :**

Nom & Prénoms

Adresse :

Code postal & ville :   Pays :

Date de naissance :  Lieu de naissance :

Téléphone :

Interlocuteur :  Fonction :

Adresse mail :  @

n° SIREN  Code APE :

**INTERMEDIAIRE**

Nom/Raison sociale :  Ville :

Interlocuteur :  Téléphone :

**CHIFFRE D'AFFAIRES**

Chiffre d'Affaires (année précédente) :

Le Chiffre d'Affaires a-t-il varié d'une manière significative sur les 4 dernières années ? :

**CHOIX DES GARANTIES**

- TR** : Tous Risques sur Coque et Moteur
- RCA** : Risques Caractérisés A (Tous risques sur coque & Risques caractérisés A sur moteur)
- HAM** : Hors Appareils Moteurs (Tous risques sur coque – Appareils moteurs non garantis)
- FAP Absolutement** : (Perte totale et délaissement)

## EMBARCATION

### Première unité

### Deuxième unité

ou annexe avec acte de francisation en propre

Nom :

Immatriculation :

Port d'attache :

Quartier Maritime :

Type de navire :

Type de pêche :

Matériau de construction :

Année de construction :

Longueur :

Tonnage (GT ou Ums) :

## MOTEUR

Fixe  Hors Bord

Fixe  Hors Bord

Nombre :

Marque :

Puissance :

Année :

Système de propulsion :  
Classique   
Z Drive (mécanique)   
Hydraulique (type hydroarmor)

Classique   
Z Drive (mécanique)   
Hydraulique (type hydroarmor)

## REDUCTEUR

Marque :

Année :

## VALEUR ASSUREE (en €)

Valeur totale :

## ACTIVITE

Zone de navigation :

Catégorie de navigation :

Nb marins embarqués :

Date du rapport de visite :

Principales prescriptions :

Date validité du permis de navigation :

## ANTECEDENTS DU RISQUE

Compagnie d'Assurance actuelle :  Intermédiaire :

Echéance du contrat :

Si le précédent contrat a été résilié ou non renouvelé, en préciser le motif :

- non paiement prime
- sinistres
- autre :

**SINISTRALITE DU DEMANDEUR D'ASSURANCE**

**Détail par évènement (sinistralité sur 3 ans + année en cours) :**

- Première installation
- Fichier Excel/PDF attaché à la présente demande
- Détails dans fichier ci-dessous :

Date évènement/sinistre	Nature de l'évènement	Montant indemnisé (€)	Montant en cours d'indemnisation (€)

**DEMANDE D'ASSURANCE**

Demande d'assurance adressée par :

Date de la demande :

Signature de l'Armateur,  
précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Cette demande d'assurance destinée à permettre l'étude du risque n'engage ni l'assureur, ni le demandeur d'assurance.

La police étant établie sur la base des renseignements ci-dessus, les déclarations inexactes, omissions ou réticences sont sanctionnées par le Code des Assurances. Pour les assurances maritimes, lacustres et fluviales, il est rappelé que l'assuré, en complément des réponses aux questions du présent questionnaire d'étude de risques, doit déclarer toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.

Les données personnelles vous concernant sont traitées par Helvetia Assurances dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à l'étude de votre demande d'assurance. Elles sont destinées à votre Assureur, aux intermédiaires, sociétés du Groupe Helvetia, partenaires, co- assureurs, réassureurs, prestataires ou organismes professionnels ou administratifs habilités.

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales de votre Assureur adaptées à vos besoins, ainsi que de nos partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre

Vous pouvez vous opposer à tout moment ou modifier vos choix en vous adressant à votre Assureur.

Vous disposez également du droit d'accéder à vos données, de vous opposer pour des motifs légitimes à leur traitement, de demander leur rectification en cas d'erreur, et de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, en vous adressant à votre Assureur par courrier accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité à Helvetia Assurances - 25 quai Lamandé, 76600 Le Havre - France, ou par e-mail à [contact@helvetia.fr](mailto:contact@helvetia.fr).