



Proposition d'assurance pour motomarine

Nom: _____ Âge: _____ Profession: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Prov: _____ Code Postal: _____

Années propr: _____ Années conduite: _____ Escadrille plaisance/ACY OUI NON Carte d'opérateur embarcation OUI NON

Autre conducteur: _____ Âge: _____ Expérience(années) _____ Carte d'opérateur embarcation

OUI NON

OUI NON

Accidents ou réclamations 5 dernières années: Date/Montant/Description _____

Infractions code criminel de la route ou d'embarcation de plaisance? OUI NON Si oui décrire: _____

Assureur antérieur: _____ Date de prise d'effet: _____

Police refusée ou résiliée? OUI NON Raison: _____

Pertes Payables: _____

DESCRIPTION DE LA MOTOMARINE

	Année	Marque	Modèle	CV	Numéro de série	Date et prix d'achat	Valeur Agréée
Bateau							
Bateau							
Remorque							
Autre							

Vitesse Max (mph) _____ Plaisir seulement OUI NON Décrire: _____

Endroit principal d'utilisation _____

Mesures prises pour prévenir le vol du bateau _____

Type de dispositif anti-vol utilisé _____

Lieu entreposé (cale sèche) _____

LA POLICE **EXCLU** LE **VOL** DE LA MOTOMARINE À MOINS QUE LE VOL FASSE SUITE À UNE **EFFRACTION** DANS LE **BÂTIMENT FERMÉ ET VERROUILLÉ** RENFERMANT LA MOTOMARINE OU QUE LE VOL RÉSULTE DE L'ENLÈVEMENT PAR EFFRACTION DE LA CHAÎNE QUI RETENAIT LA MOTOMARINE À UN OBJET FIXE (UNE REMORQUE DÉTACHÉE DU VÉHICULE TRACTEUR N'EST PAS CONSIDÉRÉE COMME UN OBJET FIXE)

Les proposants acceptent que l'assureur recueille ou échange des renseignements personnels à leur sujet auprès des entreprises spécialisées dans la cueillette de données relatives au crédit et/ou l'expérience antérieure, afin de compléter cette proposition d'assurance, son renouvellement, ses modifications ou additions ainsi que sa résiliation.

PRIME ENTIÈREMENT GAGNÉE - MINIMUM RETENU ANNUEL (À moins de vente du bateau))

Je reconnais que l'information fournie ci-dessus est exacte et servira à déterminer l'admissibilité à l'assurance.
Le fait de compléter ce formulaire n'oblige pas le proposant à accepter la soumission, ni l'assureur à accepter le risque..

DATE : _____

SIGNATURE _____

COURTIER _____

(du proposant) _____

CABINET: _____

UNDERWRITING MANAGERS:

Beacon Underwriting Ltd. Box 370, 150 Hudson Street, Salmon Arm, BC V1E 4N5
Phone 1-888-645-8811 Fax (250) 832-3222

FAX: _____

PHONE: _____