



QBE INSURANCE (INTERNATIONAL) LIMITED

PROPOSITION D'ASSURANCE AUTOMOBILE

(Etablie conformément à l'arrêté du 17 février 1959 pour l'application de la loi n° 58-208 du 27 février 1958)

IMPORTANT : l'attention du proposant est attiré sur la nécessité de **remplir** cette proposition de façon complète et précise, le cas échéant en cochant la case « OUI ou NON » ou par « néant », « sans objet », ne jamais répondre en traçant un trait. Toute omission ou réticence, toute déclaration fautive ou inexacte peut entraîner la nullité du contrat ou exposer l'assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités en cas de sinistre.

Date d'effet demandée	Date d'échéance	Durée du contrat (1 an)	Mode de paiement
/ /	/	<input type="checkbox"/> FERME - <input type="checkbox"/> TACITE RECONDUCTION	<input type="checkbox"/> Annuel - <input type="checkbox"/> Semestriel

<input type="checkbox"/> AFFAIRE NOUVELLE	<input type="checkbox"/> REMPLACEMENT	N° de contrat modifié ou remplacé :
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT		Immatriculation du véhicule remplacé :

LE PROPOSANT :

<input type="checkbox"/> M. - <input type="checkbox"/> Mme - <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> STE	NOM et Prénoms ou raison sociale
--	-------------------------------------

Date de naissance	Profession
-------------------	------------

Adresse	Téléphone
---------	-----------

LES CONDUCTEURS

	PROPOSANT	CONDUCTEUR(S) DESIGNE(S)	
NOM			
PRENOMS			
SEXE	<input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F
DATE DE NAISSANCE	/ /	/ /	/ /

PROFESSION			
N° du permis			
Catégorie			
Date et lieu de délivrance			
Maladie (infirmité ?) (amputation, surdité, etc ...)	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, préciser :			
SUSPENSION DU PERMIS	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
SI OUI (Date, durée et motif)			

ANTECEDENTS :

Accidents causés durant les 36 mois pr�c�dent : Nombre total : Dont « corporels » :	Nombre total : Dont corporels :	Nombre total : Dont corporels :	Nombre total : Dont corporels :
Condamnation pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ou pour usage de stupéfiant (avec ou sans accident)	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
Polices « automobile » antérieurement résiliées au cours des 36 derniers mois : N° de contrat : Nom de la Société d'assurance : Résiliation par le proposant : motif Résiliation par la Société : motif			

LE VEHICULE A ASSURER

TITULAIRE DE LA CARTE GRISE (NOM, Prénom ou Raison sociale)			
MARQUE		TYPE	
Modèle (clio ...)		IMMATRICULATION	
N° de la série du type		Puissance ou cylindrée	
Année de construction		Moteur	<input type="checkbox"/> Essence - <input type="checkbox"/> Diesel - <input type="checkbox"/> Hybride <input type="checkbox"/> Electrique
Date de 1 ^{ère} mise en circulation		Nombre de places	
Valeur déclarée par l'assuré	CFP	Poids total en charge (PM+CU)	

USAGE DU VEHICULE

PROMENADE ET TRAJET AFFAIRES AUTRES (à préciser) :	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	AUTO-ECOLE TAXI AMBULANCE	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
---	--	---------------------------------	---

ZONE DE CIRCULATION

TAHITI OU MOOREA : OUI - NON / ILES MARQUISES : OUI - NON / AUTRES ILES : OUI - NON

LES GARANTIES DEMANDEES (Répondre par OUI ou NON devant chaque garantie)

RESPONSABILITE CIVILE / DEFENSE & RECOURS	<input checked="" type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	BRIS DES GLACES	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
DEFENSE ET RECOURS	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	INCENDIE	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
DOMMAGES TOUS ACCIDENT	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	VOL	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
TIERCE COLLISION	<input type="checkbox"/> OUI - <input checked="" type="checkbox"/> NON	INONDATION	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
PROTECTION DU CONDUCTEUR	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, limite de garantie : <input type="checkbox"/> 4.000.000 XPF - <input type="checkbox"/> 10.000.000 XPF	
VALEUR A NEUF 12 MOIS	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	ASSISTANCE	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON
PERTES FINANCIERES	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	LOCATION DE VEHICULE	<input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON

RAPPEL : L'article 136 du Code de la route applicable sur le Territoire de la Polynésie française dispose que les « conducteurs de plus de 70 ans, titulaires d'un permis de conduire des véhicules de catégorie A ou B », doivent se soumettre à un « examen périodique » « tous les 3 ans » aux fins de prorogation de leur permis de conduire. **En cas de non respect de cette obligation légale, le permis de conduire est considéré comme n'étant pas en état de validité.**

TOUTE FAUSSE DECLARATION OU OMISSION INTENTIONNELLE DU PROPOSANT ENTRAINE LA NULLITE DU CONTRAT (article L. 113-8 du Code des Assurances).

La présente proposition ne peut en aucun cas valoir comme note de couverture (article L. 112-2 du Code des assurances).

Cette proposition d'assurance n'engage ni le proposant, ni l'assureur ; seule une police ou une note de couverture constatera leur engagement réciproque.

Je soussigné, déclare que les renseignements qui précèdent sont, à ma connaissance, rigoureusement conformes à la vérité et je demande à être assuré dans les conditions ci-dessus.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature du proposant
(qui doit être précédée de la formule « lu et approuvé » écrite de sa main)