

Demande d'assurance véhicule

Données clients - Conducteur

Nom	_____	Etat Civil	_____
Prénom	_____	Nationalité	_____
Date de naissance	_____	Rue	_____
Téléphone	_____	NPA	_____
Permis de séjour	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> Autres _____	Ville	_____
Depuis	_____	Enfants	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Date de Permis	_____	Sexe	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>

Nouvelle affaire	<input type="radio"/>	Changement Véhicule	<input type="radio"/>	Remise en vigueur	<input type="radio"/>	Interchangeable	<input type="radio"/>		
Voiture de tourisme	<input type="radio"/>	Voiture de livraison	<input type="radio"/>	Camion	<input type="radio"/>	Moto	<input type="radio"/>	Transport de personnes	Oui <input type="radio"/>
				Autre	<input type="radio"/> _____			Non	<input type="radio"/>

Joindre une copie : Permis de conduire, Permis de séjour, carte grise, contrat d'achat.

Données Véhicule

Numéro de plaque	_____	Marque & Type	_____
Réception type	_____	Numéro Matricule	_____
1 mise circ.	_____	Année acquisition	_____
Prix catalogue	_____	Accessoires	_____
Km compteur	_____	Km année	_____
Leasing	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Paiement	<input type="radio"/> Annuel <input type="radio"/> Semestriel <input type="radio"/> Trimestriel
Emplacement du véhicule la nuit	_____		

Couvertures

Responsabilité civile	<input type="radio"/>	Franchise	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____
Casco complète	<input type="radio"/>	Franchise	<input type="radio"/> 500.- <input type="radio"/> 1000.- <input type="radio"/> _____
Casco partielle	<input type="radio"/>	Franchise	<input type="radio"/> 500.- <input type="radio"/> 1000.- <input type="radio"/> _____
Accidents occupants	<input type="radio"/>		CHF _____
Objets transportés	<input type="radio"/>		
Assistance Europe	<input type="radio"/>		
Domage parking	<input type="radio"/>	Franchise	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Maximum <input type="radio"/> Limité à 1500 CHF

Dernier assureur _____

Expiration _____

*Retrait de permis (5 ans) Oui

Expiration _____

Non

*Retrait de permis Date de retrait _____ Nombre de mois _____

Cause _____

Sinistre (5 ans)

Oui

Non _____