



DEMANDE DE DEVIS VOITURETTE (HORS LOUEUR)

Renseignements souscripteur (de 16 à 80 ans)	
(Attention : Certificat médical d'aptitude à la conduite pour les conducteurs de plus de 75 ans) (Attention : Brevet de Sécurité Routière obligatoire pour les assurés né après le 31/12/1987) (Attention : Autorisation parentale obligatoire de 16 à 18 ans)	
Nom :	Prénom :
Adresse :	Tél :
	Portable :
Code Postal :	Mail :
Commune :	Fax :
Date de naissance :	Statut matrimonial : <input type="checkbox"/> C/D/V <input type="checkbox"/> M
Profession : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Libérale <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Artisan-Commerçant <input type="checkbox"/> Retraité	Infirmité/Maladie gravee : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nature infirmité/Maladie :
Permis : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui , date de délivrance : / / N° : Lieu :	Est-il le conducteur habituel ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si NON : Nom : Prénom : Date de naissance : Code Postal : Commune : Date de naissance : Permis : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI Si oui , date de délivrance : / / N° : Lieu :
Est-il le titulaire de la carte grise ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si NON : Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse : Code Postal : Commune :	

VEHICULE A GARANTIR (JOINDRE COPIE CARTE GRISE)	
Marque :	Protection du véhicule :
Modèle :	Date de 1ere mise en circulation :
Type :	Permis B1 si >1 CV Puissance Fiscale : CV
Immatriculation :	Code postal stationnement :
Mode d'acquisition :	Ville :
	Garage : <input type="checkbox"/> Box <input type="checkbox"/> Garage clos <input type="checkbox"/> VOIE PUBLIQUE

Antécédents	
ASSURE à son nom : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, depuis le : / / Joindre le relevé d'informations	Pour une voiturette : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Pour un autre véhicule automobile: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nombre de sinistres déclarés sur 36 mois :	Si oui, précédent assureur :
dont responsables :	N° de police : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Résilié par précédente compagnie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	si oui Date de Résiliation : / /
Pour fausse déclaration : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour sinistre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

