

1 / 2 QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE

DÉCLARATIONS DU DÉCLARANT / SOUSCRIPTEUR

Nom : Prénoms :
 Date de naissance : Tél : E.mail :
 Adresse :
 Situation de famille : Profession :

DESCRIPTION DU (DES) VÉHICULE(S) À ASSURER

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
 (*Annexe 1 du questionnaire à renseigner) Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

DÉCLARATION CONCERNANT LE(S) CONDUCTEUR(S) DÉSIGNÉ(S)

	Conducteur principal	Conducteur 2	Conducteur 3
Nom (identique au permis de conduire)			
Prénoms			
Date de naissance			
N° du permis de conduire			
Date d'obtention du permis			
Catégorie du permis	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> AT-LE <input type="checkbox"/> AT-LO <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> AT-LE <input type="checkbox"/> AT-LO <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> AT-LE <input type="checkbox"/> AT-LO <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Permis passé en conduite accompagné	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bonus / Malus	<input type="checkbox"/> % Bonus <input type="checkbox"/> % Malus	<input type="checkbox"/> % Bonus <input type="checkbox"/> % Malus	<input type="checkbox"/> % Bonus <input type="checkbox"/> % Malus
Etes-vous atteint d'une maladie ou d'une infirmité nécessitant une conduite automobile adaptée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ANTÉCÉDENTS AU COURS DES 36 DERNIER MOIS

	Conducteur 1	Conducteur 2	Conducteur 3
<p>Avez-vous fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de permis ?</p> <p><u>Si oui :</u> Date, Durée, Motif</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Durée : Motif :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Durée : Motif :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : Durée : Motif :
<p>Avez-vous subi ou causé des sinistres ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
<p>* Sinistre 1</p>	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité
<p>* Sinistre 2</p>	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité
<p>* Sinistre 3</p>	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité
<p>* Sinistre 4</p>	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité
<p>* Sinistre 5</p>	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité	<input type="checkbox"/> Corporel <input type="checkbox"/> Matériel% de responsabilité

* Si oui, vous avez subi ou causé des sinistres :

1°) Vous cochez Corporel et/ou Matériel

2°) Vous indiquez le % de responsabilité que vous avez eu lors du sinistre.

ASSURANCES PRÉCÉDENTES

Quelles sont les entreprises d'assurances ayant garanti le ou les véhicule(s) au cours des 18 derniers mois ?

	ANNÉE N	ANNÉE N-1	
Nom de la compagnie			
Numéro de contrat			
Date de souscription			
Date de résiliation			
Indiquez votre prime antérieure responsabilité civil HT et hors coefficient (bonus-malus)			
Si l'assurance a été interrompue (durée et motif)	Durée : Motif :	Durée : Motif :	
Motif de la résiliation			
- Non-paiement des primes :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Sinistralité importante :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Conduite en état d'ivresse :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Suspension de permis :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Délit de fuite après accident :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Nullité de contrat pour fausse déclaration :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- A l'initiative de l'assuré	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- A l'initiative de l'assureur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non
- Autre motif à préciser
Coefficient Réduction / Majoration (bonus- malus) à la date de la résiliation

J'autorise la CTAA et son secrétariat, dans le cours des démarches qu'elle pourra entreprendre à :

- vérifier** les renseignements personnels que vous lui avez fournis, auprès des assureurs et des courtiers que vous avez contactés ;
- obtenir** de ces assureurs et courtiers tout autre renseignement personnel manquant pertinent à la souscription du risque ;
- j'autorise** ces assureurs et courtiers à transmettre à un autre assureur ou à un courtier non contacté, les renseignements personnels nécessaires à la souscription dans le cadre de sa mission.

Fait à : Le :

Signature du requérant
(précédée de la mention « sincère et véritable »)

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE (à renseigner uniquement si vous possédez une flotte de plusieurs véhicules)

FLOTTE DE PLUSIEURS VÉHICULES
(DESCRIPTION DES VÉHICULES À ASSURER)

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
(**Annexe 1 du questionnaire à renseigner*) Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
(**Annexe 1 du questionnaire à renseigner*) Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
(**Annexe 1 du questionnaire à renseigner*) Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
*(*Annexe 1 du questionnaire à renseigner)* Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
*(*Annexe 1 du questionnaire à renseigner)* Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Véhicule Flotte de plusieurs véhicules* 2 Roues Quad Véhicules/Engins Autre :
*(*Annexe 1 du questionnaire à renseigner)* Poids lourds

N° Immatriculation : Marque : Modèle :

Type mine : Poids total autorisé en charge (PTAC) :

Energie : Date de 1^{er} mise en circ. : Puissance fiscale : CV

Valeur d'achat du véhicule :

Lieu de garage habituel : Zone principale de circulation :

Usage : Professionnel (préciser utilisation :)
 Privé

Remorque/ Semi-remorque : Oui Non Si Oui, indiquez son PTAC :

Nota : faire photocopie de la présente annexe 1 autant que de besoin