

QUESTIONNAIRE PREALABLE A TOUTE DEMANDE D'ETUDE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE AUTO



DECISIUM
CONSEIL | CREDIT | ASSURANCE

Conseiller :

INFORMATIONS RELATIVES AU PROPOSANT

Personne morale avec conducteur désigné Personne morale sans conducteur désigné (*dans ce cas pas de permis à fournir*)

Dénomination sociale : Forme juridique :

Activité :

Adresse :

CP : Ville :

Nom de la personne de contact : Prénom :

Tél. : Email :

CONDUCTEUR PRINCIPALE (Personne physique) : M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Profession :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Email :

Date d'obtention du permis de conduire : / /

Retrait de permis au cours des 3 dernières années : Aucun Suspension Annulation

Motif :

CONDUCTEUR SECONDAIRE - lien de parenté avec le conducteur principale : Conjoint/Concubin Enfant

M. Mme Mlle

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Concubin(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Profession :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : Email :

Date d'obtention du permis de conduire : / /

Retrait de permis au cours des 3 dernières années : Aucun Suspension Annulation

Motif :

DANS LE FOYER

Nombre de permis dont nombre de permis de -3ans Nombre de véhicule

VOS ANTÉCÉDENTS

	PERSONNE MORALE	CONDUCTEUR PRINCIPALE	CONDUCTEUR SECONDAIRE:
Avez-vous été résilié par votre assureur sur les 36 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, motif :	<input type="radio"/> Impayé <input type="radio"/> Sinistralité <input type="radio"/> Fausse déclarations Autres :	<input type="radio"/> Impayé <input type="radio"/> Sinistralité <input type="radio"/> Fausse déclarations Autres :	<input type="radio"/> Impayé <input type="radio"/> Sinistralité <input type="radio"/> Fausse déclarations Autres :
Si résiliations pour Impayé, contentieux régularisé ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Vous êtes assuré depuis:	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Moins de 36 mois <input type="radio"/> Plus de 36 mois	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Moins de 36 mois <input type="radio"/> Plus de 36 mois	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Moins de 36 mois <input type="radio"/> Plus de 36 mois
Nombre de mois d'assurance justifiés par le relevé d'information ? (Entre 0 et 36)			
Bonus / Malus			
Date du dernier Bonus / Malus			
Durée d'interruption d'assurance sur les 25 derniers mois			
Au cours des 5 dernières années	Avez-vous été sanctionné pour alcoolémie ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Avez-vous été sanctionné pour stupéfiant ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Avez-vous eut des sanctions pénales et/ou administratives ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Vos sinistres sur les 36 derniers mois ?

Concerne le conducteur principal, le secondaire ou la personne morale?	Date de survenance	Type de Sinistre	Responsabilité
			<input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 100%
			<input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 100%
			<input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 100%
			<input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 100%
			<input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 50% <input type="radio"/> 100%

Les types de sinistres sont les suivants: MATERIEL / CORPOREL / BRIS DE GLACE / VOL / INCENDIE.

INFORMATIONS RELATIVES AU VÉHICULE

Titulaire de la carte grise : Conducteur principale Conducteur secondaire Autre :

Antériorité du véhicule : Acquisition d'un véhicule neuf Acquisition d'un véhicule d'occasion Un véhicule que vous possédez

Mode d'achat du véhicule : Comptant chèque Comptant espee Crédit Location longue durée Location option d'achat

Durée de détention du précédent véhicule ?

Usage du véhicule

Cadre d'utilisation : Vie privée Vie privée + trajets travail Vie privée + déplacements professionnel réguliers Usage professionnel

Combien faites-vous de km par an ? km

Lieu de stationnement : Code postal : Ville :

Garage individuel fermé Garage individuel ouvert Parking collectif fermé Parking collectif ouvert Voie publique

INFORMATIONS RELATIVES AU VÉHICULE *suite*

Information à remplir grâce à votre carte grise

Champ	Description	Valeur
Champ A	Numéro d'immatriculation	
Champ B	Date de la première immatriculation	
Champ D.1	Marque	
Champ D.2	Type mine	
Champ D.3	Dénomination commerciale	
Champ I	Date d'acquisition du véhicule	
Champ J.3	Carrosserie (désignation nationale)	
Champ P.3	Type de carburant	
Champ P.6	Puissance administrative nationale	

Boite de vitesse : MANUEL AUTOMATIQUE

Version du véhicule :

LES GARANTIES SOUHAITÉES*

Les Formules :

Garanties	Formules			Franchise souhaitée
	Tiers	Tiers - Bris de glace - Vol -Incendie	Tous dommages	
Responsabilité Civile	•	•	•	
Défense	•	•	•	
Recours	•	•	•	
Protection juridique en cas d'accident	•	•	•	
Insolvabilité des tiers	•	•	•	
Assistance à partir de 25 Km	•	•	•	
Stage de prévention à la sécurité routière	•	•	•	
Catastrophes naturelles		•	•	
Tempête		•	•	
Evènements climatiques		•	•	
Vol		•	•	
Incendie		•	•	
Bris de Glace : Réparation		•	•	
Bris de Glace : Remplacement		•	•	
Dommages tous accidents			•	

Options complémentaires :

Assistance 0 km 25 km 50 km Garantie du conducteur, Plafond :€ Seuil d'incapacité 0% 10% 15%

Véhicule de remplacement

Indemnisation majorée *en cas de perte totale du véhicule*

Indemnisation des effets et objets accessoires Pack Réparation *prend en charge, en cas de panne garantie, les frais de réparation, pièces et main d'œuvre*

Autres non listée

* Les garanties et options Auto : dans la limite des termes, et conditions du contrat d'assurance.
Se reporter au contrat d'assurance pour une lecture détaillée des garanties.

DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Nom de l'assureur actuel ou dernier assureur :

Date de souscription du précédent contrat :/...../..... Échéance principale:/...../.....

Prime d'assurance actuelle : € Franchise : €

Résiliation loi Hamon ? Oui Non

Si oui : adresse de l'assureur

Numéro de contrat

Date d'effet souhaitée :/...../..... Fractionnement souhaité : MENSUEL TRIMESTRIEL ANNUEL

AUCUN DEVIS NE SERA DÉLIVRÉ SANS LES DOCUMENTS CI-DESSOUS:

- Relevé d'information sur les 36 derniers mois de tous les conducteurs désignés
- Carte grise
- Permis de conduire de tous les conducteurs désignés
- K-bis ou numéro de Siret si personne morale

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

Toute réticence, fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte faite par le proposant pour le risque ainsi décrit, l'expose aux sanctions prévues, selon les cas aux articles L113.8 ou L113.9 du Code des Assurances.

🏠 22 avenue Kléber, 75116 Paris 🏠 56 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris 🏠 18 place de France, 95600 Sarcelles
☎ Tél : 01.84.25.04.84 ✉ contact@groupe-decisium.fr 🌐 www.groupe-decisium.fr

SARL PRO-ASSURANCE SANTE PATRIMOINE, sous contrat de licence de Marque DECISIUM · Capital de 5 000, RCS PARIS 538 045 220 - inscrit à l'ORIAS N° 12066460
Catégories Courtier d'assurance (COA) - Courtier en opérations de banque et en services de paiement (COBSP) - Mandataire d'intermédiaire en opérations de banque et en services de paiement (MIOBSP)