QUESTIONNAIRE ASSURANCE AUTOMOBILE / 2 ROUES

**Identification : Date acquisition auto : / /**

**Nom : Prénom :**

**Adresse :**

Code Postal*:* Ville *:*

Tel : Adresse mail :

Date de naissance : / / Date Obtention Permis de Conduire : /   /

**Catégorie Socio-professionnelle** :

[ ]  Salarié [ ]  Indépendant [ ]  Sans profession ☐ Retraité [ ]  Etudiant [ ]  Autre : ………………

**Mon Véhicule :**

Marque : Modèle : Version : Energie :

Date 1er Circulation : Type Mine : Chevaux Fiscaux : CV

Mode de financement :  [ ]  Crédit [ ]  Leasing [ ]  Comptant

Mode de garage : [ ]  Garage [ ]  Jardin clos [ ]  Parking [ ]  Voie publique

Usage du véhicule : [ ]  Privé/Professionnel [ ]  Tous Déplacements [ ]  Retraité

**Autres :**

Pour ce risque, vous estimez avoir besoin de vous garantir contre :

* Responsabilité Civile / Défense Recours [ ]  Non [ ]  Oui
* Vol / Incendie [ ]  Non [ ]  Oui
* Bris de Glace [ ]  Non [ ]  Oui
* Dommages tout accident [ ]  Non [ ]  Oui
* Garantie du Conducteur ☐ Non ☐ Oui
* Perte financière [ ]  Non [ ]  Oui
* Contenu [ ]  Non [ ]  Oui
* Véhicule de remplacement [ ]  Non [ ]  Oui
* Assistance à 0km [ ]  Non [ ]  Oui
* Panne mécanique [ ]  Non [ ]  Oui
* Protection Juridique [ ]  Non [ ]  Oui