



Cabinet LASSUREUR - 5 PASSAGE MARCILLY - 71100 CHALON SUR SAONE

Tél 0950 . 220 . 200 Fax 0955 . 220 . 200

RC professionnelle et garantie financière conforme au code des assurances

SARL Courtage d'Assurances au capital de 1000€ RCS 514 355 122

ORIAS sous le N° 09051556 – Courtage depuis 1986

E-mail : conseil@assurancesdirect.com internet : http://www.assurancesdirect.com

DEMANDE DE DEVIS AUTO MOTO XENASSSUR

Délai de réponse : 1 heure si dossier complet (interdiction de répondre à un dossier incomplet Article L 113.2 du Code des ASSURANCES)

Devis par téléphone si envoi préalable des documents par e-mail

1/ Nous adresser votre demande de devis complétée par e-mail au format PDF

2/ Nous adresser votre relevé d'information AUTO ET MOTO sur 36 mois par e-mail au format PDF

3/ Nous adresser votre PERMIS DE CONDUIRE recto verso des conducteurs par e-mail au format PDF

4/ Nous adresser la CARTE GRISE DEFINITIVE / CARTE GRISE BARREE avec le CERTIFICAT DE VENTE par e-mail au format PDF

► NOM : (ou raison sociale)		► PRENOM :	
Code Postal + Ville			
Date de Naissance		Date de Permis	
Situation de famille		Profession exacte	
N° de portable		Adresse E-mail	

Si 2.me conducteur : NOM/PRENOM =

Date naissance :

Date permis :

Profession :

Lien de parenté :

MARQUE et MODELE du véhicule		CODE GTA OU IMMATRICULATION	
Type mine ou <u>modèle exact</u>		CV	
1 ^{ère} M.E.C		Date d 'acquisition	
Carte grise au Nom du souscripteur :		si non, carte grise au non de :	
USAGE du VEHICULE : <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> trajet travail <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> tournées <input type="checkbox"/> tpm messagerie livraison <input type="checkbox"/> autre ?			
AUTO Tranche kilométrique choisie <input type="checkbox"/> - 5000 km <input type="checkbox"/> - 8000 km <input type="checkbox"/> - 10000 km <input type="checkbox"/> - 12000 km <input type="checkbox"/> - 15000 km <input type="checkbox"/> + 15000 km			
Type de garage	<input type="checkbox"/> garage individuel <input type="checkbox"/> parking individuel clos non couvert <input type="checkbox"/> parking collectif clos couvert <input type="checkbox"/> parking collectif clos non couvert <input type="checkbox"/> autre		

GARANTIES SOUHAITEES

<input type="checkbox"/> RCPJ (TIERS SIMPLE avec assistance & garantie du conducteur)	<input type="checkbox"/> RCPJ VOL INC BDG (MEDIANE avec assistance & garantie du conducteur)	<input type="checkbox"/> (moto uniquement) RCPJ VOL INC BDG DOMMAGE COLLISION (MEDIANE avec assistance & garantie du conducteur)	<input type="checkbox"/> RCPJ VOL INC BDG DOMMAGE ACCIDENT (TOUS RISQUES avec assistance & garantie du conducteur)
---	--	--	--

MODE DE PAIEMENT SOUHAITE

<input type="checkbox"/> ANNUEL	<input type="checkbox"/> SEMESTRIEL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRIEL	<input type="checkbox"/> MENSUEL
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Situation du contrat :	<input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> résilié	par :	<input type="checkbox"/> compagnie <input type="checkbox"/> assuré
Date de la résiliation :		Motif de la résiliation :	
Sanctions administratives sur 5 ans	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fournir les documents	
Alcoolémie sur 5 ans	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fournir la copie du jugement ou document officiel	
Le permis a-t-il été annulé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Préciser les dates et les motifs :	

→ Cet imprimé est à nous retourner par mail avec le Permis, le Relevé d'Information sinistres **sur 36 mois** & la copie carte grise

Vos coordonnées pour le retour du tarif :

Nom :	Tél. :	Mail :
-------	--------	--------