



# S.A.R.L. 2C COURTAGE

S.A.R.L. au capital de 60.580 € - SIRET : 443 176 359 00018 - APE : 672 Z

Résidence Th. GAUTIER Rue G. MAGNOAC

B.P. 315 65003 TARBES CEDEX

TEL : 05 62 34 48 85 / FAX : 05 62 34 50 04

E.mail : [assu65@2ccourtage.com](mailto:assu65@2ccourtage.com) – site internet : <http://www.2ccourtage.com>

Orias N° 07 002 286 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - ACAM : 61 rue TAITBOUT 75436 PARIS CEDEX

## DEMANDE DE DEVIS AUTO

Souscripteur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Date de Permis : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : C  M  D  Profession exacte : \_\_\_\_\_  
Infirmitté maladie : \_\_\_\_\_ Taux : \_\_\_\_\_  
Assuré à son nom : Oui  Non  Depuis le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_  
Bonus / Malus \_\_, \_\_ à l'échéance du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de garage : \_\_\_\_\_  
Type garage : box  parking privé  voie publique  Titulaire de la carte grise : Oui  Non   
Conduite Accompagnée : Oui  Non

### Autre conducteur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Date Permis : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Bonus / Malus : \_\_, \_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Situation familiale : C  M  D

### Véhicule

Marque : \_\_\_\_\_ Modèle (D3) : \_\_\_\_\_ Version : \_\_\_\_\_  
Immatriculation : \_\_\_\_\_ Type (D2) : \_\_\_\_\_ Puissance (P6) : \_\_ cv  
Date 1<sup>ère</sup> Mise en Circulation : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Remorque + 750 Kg : Oui  Non

### Usage

Déplacements privés  Déplacements privés/trajet  Tournées régulières  Besoins Professionnels

### Garanties

RC - PJ  RC - PJ - VI - BGL  Tous risques  Assistance  Garantie conducteur

### Antécédents au cours des 36 derniers mois + relevé d'information obligatoire

| Date | Matériel | Corporel | Circonstances précises | % RC |
|------|----------|----------|------------------------|------|
|      |          |          |                        |      |
|      |          |          |                        |      |
|      |          |          |                        |      |
|      |          |          |                        |      |
|      |          |          |                        |      |

### Renseignements complémentaires

Le contrat précédent a-t-il été résilié : Oui  Non  Date résiliation : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Motif : \_\_\_\_\_ Sanctions pénales : Oui  Non  Alcoolémie : Oui  Non   
**Si corporel ou alcoolémie : copie du jugement obligatoire**

Mode de paiement : Annuel  Semestriel  Trimestriel  Mensuel   
Prélèvement automatique : Oui  Non  Date effet souhaitée : \_\_/\_\_/\_\_\_\_