

Les antécédents d'assurances		
Au cours des 60 derniers mois	CONDUCTEUR HABITUEL	SECOND CONDUCTEUR
Retrait ou Suspension de permis..	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> durée suspension :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> durée suspension :
Conduite en état d'ivresse	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> * si oui, voir ci-dessous	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> * si oui, voir ci-dessous
Délit de fuite après accident ou non	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
* Si OUI, répondre aux questions suivantes		
Date de ou des infractions pour alcoolémie : le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> et le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Taux d'alcoolémie <input type="text"/> grammes / litre de sang <input type="text"/> milligrammes / litre d'air expiré (alcootest)		
Une infraction a-t-elle été constatée à l'occasion d'un sinistre ? OUI 1 NON 1 Simple contravention ? OUI 1 NON 1		
Suspension de permis ? OUI 1 NON 1 Si OUI nombre de mois : <input type="text"/> Annulation de permis ? OUI 1 NON 1		
Joindre les minutes du greffe ou dans l'attente, la suspension provisoire		

Au cours des 36 derniers mois		
Avez-vous été assuré auto à votre nom ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Société d'assurances		
Numéro du contrat		
Dernier coefficient de Bonus / Malus	acquis en /	acquis en /
A-t-il été résilié par la société ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date :
Pour quelle raison ?		
Nullité du contrat pour fausse déclaration	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Les antécédents sinistres					
Au cours des 36 derniers mois	CONDUCTEUR HABITUEL		SECOND CONDUCTEUR		
REPONSES OBLIGATOIRES Indiquez le nombre de sinistres que vous avez subis ou causés avec votre véhicule ou un autre appartenant à un tiers. Si pas de sinistre, mettre 0 dans nombre	Type de sinistre	nombre	Type de sinistre	nombre	
	Corporel responsable ¹			Corporel responsable ¹	
	Corporel non responsable			Corporel non responsable	
	Matériel responsable			Matériel responsable	
	Matériel non responsable			Matériel non responsable	
	Accident seul			Accident seul	
	Stationnement			Stationnement	
	Vol			Vol	
	Incendie			Incendie	
Bris de glace			Bris de glace		

¹ Si corporel de plus de 1 500 € : joindre les 4 premières pages du PV.

Date d'effet souhaitée : ____ / ____ / ____

Déclarations et signature du souscripteur :

Je déclare être informé qu'en cas de résiliation du contrat, le contenu du relevé d'information qui me sera délivré, conformément à la loi, sera communiqué à un fichier professionnel géré par l' A.G.I.R.A. – 11 rue de la Rochefoucaud – 75009 Paris.

Je déclare aussi être informé que les adhésions sont souscrites dans le cadre de contrats de groupements, que les échéances sont fixées par l'assureur et que la prise d'effet de mon contrat d'assurance ne sera effective qu'après accord formel de l'assureur et accord de ma part sur les conditions qui me seront proposées.

Je déclare ne pas ignorer que les articles L 113/8 et L 113/9 du Code des Assurances sont applicables si, **dans l'appréciation du risque, la société à été induite en erreur par suite d'une réticence ou d'une fausse déclaration de ma part.**

Fait à _____ le ____ / ____ / ____