

Je suis intéressé(e) par les solutions collectives et souhaite recevoir une offre sans engagement.

J'ai déjà souscrit une assurance ménage auprès de: _____

N° de police: _____

Date d'échéance: _____

Données personnelles

Titre: <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Date de naissance: _____
Nom: _____	Prénom: _____
Rue: _____	N°: _____
NPA: _____	Lieu: _____
Pays: _____	Nationalité(s): _____
E-mail: _____	Téléphone: _____

Votre ménage

Nombre de personnes dans le même ménage: _____ dont enfants de moins de 15 ans: _____

Nombre de pièces: _____

Conditions de propriété: Locataire Propriétaire foncier Propriétaire d'étage

Utilisation du bâtiment: Maison individuelle Maison plurifamiliale Maison de vacances

Immeuble commercial _____

Type de construction: Bois Maçonnerie/béton

Bouche d'incendie la plus proche: < 100 m plus éloignée

Couverture d'assurance souhaitée

Assurance ménage

Somme d'assurance souhaitée en CHF (valeur à neuf): _____

Couverture supplémentaire souhaitée: Bris de glace Bagages

Vol simple à l'extérieur CHF _____

Responsabilité civile privée

Somme d'assurance souhaitée: CHF 10 millions CHF 5 millions

Conduite de voiture de tourisme appartenant à un tiers: inclure exclure

Je souhaite assurer un risque particulier (ex.: dommages aux chevaux pris en location, responsabilité civile pour chasseurs, responsabilité civile en cas d'utilisation de modèles réduits d'avion, responsabilité civile pour enseignant ou responsabilité civile pour activité professionnelle accessoire), et plus précisément: _____



Assurance bâtiment

Couverture supplémentaire souhaitée: Incendie Dégâts d'eau Bris de glace
 Vol/dommage Responsabilité civile

Année de construction: _____ Somme d'assurance en CHF (selon la dernière estimation): _____

Toit plat: oui non Chauffage au sol/par le plafond: oui non

Risques particuliers (ex. : installation solaire, chauffage par géothermie, piscine, parc/jardin):

oui, à savoir: _____ Somme d'assurance: _____

Assurance protection juridique

Couverture souhaitée: Privée/circulation Circulation uniquement

N° d'immatriculation: _____

▶ Veuillez compléter ce formulaire et nous le renvoyer avec les copies de vos polices d'assurance en cours et les factures de primes actuelles à :

VZ VersicherungsZentrum SA

Gotthardstrasse 6

8002 Zurich

Téléphone: +41 (0)44 207 20 20

E-Mail: versicherung@vzch.com

Date:

