

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

Voiture de tourisme     Voiture de livraison/Minibus     Motocycle     Bateau

J'ai déjà souscrit une assurance véhicule auprès de : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ Date d'échéance : \_\_\_\_\_

Date souhaitée du début de l'assurance auprès de VZ : \_\_\_\_\_

### 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 : _____

### Autres informations

Garage :  oui  non    Utilisation :  privée  professionnelle

Nombre de km/an : \_\_\_\_\_

Avez-vous connu des sinistres au cours des cinq dernières années ?  oui  non

Si oui, lesquels ? Quand ? \_\_\_\_\_

Votre permis de conduire vous a-t-il été retiré au cours des cinq dernières années ?  oui  non

Si oui, quand, pendant combien de temps et pour quel motif ? \_\_\_\_\_

### Véhicule

	Véhicule 1	Véhicule 2 (si plaque interchangeable)
Plaque d'immatriculation :	_____	_____
Marque, type :	_____	_____
N° d'homologation/1 <sup>re</sup> mise en circulation :	_____ / _____	_____ / _____
N° matricule :	_____	_____
N° de châssis :	_____	_____
Prix catalogue/accessoires :	_____ / _____	_____ / _____
Leasing :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



## Informations concernant le conducteur principal

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Permis de conduire depuis : \_\_\_\_\_

Nationalité(s) : \_\_\_\_\_ Autorisation de séjour : \_\_\_\_\_

En Suisse depuis : \_\_\_\_\_

Le véhicule est conduit uniquement par des conducteurs de plus de 25 ans :  oui  non

## Couverture d'assurance souhaitée

---

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Assurance accidents des occupants | <input type="checkbox"/> Service de dépannage                                  | <input type="checkbox"/> Effets de voyage CHF 2000 |
| <input type="checkbox"/> Casco complète        | <input type="checkbox"/> Protection du bonus               | <input type="checkbox"/> Dommages au véhicule parké illimités                  |  |
| <input type="checkbox"/> Casco partielle       | <input type="checkbox"/> Renonciation à la faute grave     | <input type="checkbox"/> Dommages au véhicule parké limités (jusqu'à CHF 1000) |  |

► 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: \_\_\_\_\_

