



N° sociétaire \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE DEVIS AUTOMOBILE***Document complété à transmettre à votre point d'accueil Macif habituel**Les renseignements demandés sont indiqués sur la carte grise***Véhicule**

Marque \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_

Puissance Fiscale (Nombre de chevaux) \_\_\_\_\_

Date de 1ère mise en circulation \_\_\_\_\_

Energie : Essence  gazole  GPL **Conducteur****Il s'agit de la personne qui utilise le plus souvent le véhicule**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Marié(e)  oui  non

Date de permis \_\_\_\_\_

Permis obtenu avec la conduite accompagnée  oui  nonCette personne est elle déjà assurée  oui  non Si oui précisez :Depuis plus 2 ans Depuis plus d'un an mais moins de 2 ans Depuis moins d'un an 

Si la personne a déjà été assurée, indiquez le bonus ou le malus \_\_\_\_\_

Nombre d'accidents responsables depuis 3 ans \_\_\_\_\_

Nombre d'accidents non responsables depuis 3 ans \_\_\_\_\_

Nombres de vol et/ou bris de glace depuis 3 ans \_\_\_\_\_

**Utilisation**Le véhicule sera utilisé pour aller sur le lieu de travail  oui  nonLe véhicule sera utilisé pour rendre visite à des clients  oui  non

Profession du conducteur \_\_\_\_\_

Code postal du lieu de travail \_\_\_\_\_

**Autres**

Nom de l'assuré \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Nom de votre assurance actuelle \_\_\_\_\_

Date fin de contrat (échéance) \_\_\_\_\_

Pour bénéficier des services destinés aux sourds et malentendants, j'accepte que ma surdité fasse l'objet d'un traitement informatisé par la MACIF, que mes données personnelles soient transmises au groupe MACIF et à ses partenaires et de recevoir toute information relative à ces services par tous moyens de communication. Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_