

Affaire nouvelle Remplacement Contrat N°

Date d'effet demandée

Païement de la cotisation Annuel Par prélèvement mensuel

Mode de paiement Par Prélèvement Par chèque bancaire

Le souscripteur / Assuré

Nom de la Société _____
 Représentée par M. Mme _____
 Adresse _____
 Code postal Commune _____
 N° Tél. fixe N° Tél. portable E.mail _____

Véhicules assurés

Marque _____ Modèle _____ Immatriculation _____
 Marque _____ Modèle _____ Immatriculation _____
 Marque _____ Modèle _____ Immatriculation _____

Si plus de trois véhicules, merci de joindre un état détaillé des véhicules

Plafond de Rachat de Franchise (cochez les options choisies)

AVEC INDEMNITÉ FORFAITAIRE 30 €/JOUR

- 500 € - cotisation annuelle : 180 € / Véhicule
 1 000 € - cotisation annuelle : 210 € / Véhicule
 1 500 € - cotisation annuelle : 240 € / Véhicule

SANS INDEMNITÉ FORFAITAIRE

- 500 € - cotisation annuelle : 130 € / Véhicule
 1 000 € - cotisation annuelle : 170 € / Véhicule
 1 500 € - cotisation annuelle : 200 € / Véhicule

Date _____ Cachet et Votre signature

