

## 2 roues et quad



Apporteur ? indiquez votre code :

Cachet de votre cabinet :

### Véhicule

Marque	
Cylindrée	
Date de mise en circulation	
Date d'acquisition	
Assurance de ce véhicule précédant la dater d'effet	<input type="checkbox"/> Achat depuis moins d'un mois <input type="checkbox"/> Interrompue depuis plus d'un mois <input type="checkbox"/> Non-interrompue depuis plus d'un mois ou en cours
Stationnement	<input type="checkbox"/> Voie publique <input type="checkbox"/> Garage fermé ou box fermé <input type="checkbox"/> Voie publique
Protection vol	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Alarme à distance
Mode d'acquisition	<input type="checkbox"/> Comptant

	<input type="checkbox"/> Leasing
Zone de stationnement	
Code postale	
Ville	
Date d'effet et heure	

## Conducteur

Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) Concubin(e) <input type="checkbox"/> Veuf, Veuve
Date du permis	
Permis	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 ou AL <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> AM ou BSR <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> E (B)
Profession	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Agriculteur ou profession annexe <input type="checkbox"/> Artisan, salarié itinérant et commerçant <input type="checkbox"/> Commerçant sur marché <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Profession libérale, société <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> VRP, agent commercial

## Antécédents

Coefficient bonus/malus	
Si coefficient = 0.50 depuis ? mois	mois
Nombre de mois d'assurance cumulés dans les 60 derniers mois	mois
Attestation employeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Total des sinistres durant les 36 derniers mois	mois
Date résiliation du contrat précédent	

## Risques aggravés

Risques aggravés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si « non » passez cette étape)
Situation du contrat précédent	<input type="checkbox"/> Nullité ou fausse déclaration <input type="checkbox"/> Résiliation administrative <input type="checkbox"/> Résiliation pour non-paiement de prime <input type="checkbox"/> Résiliation sinistres
Délit de fuite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Condamnation pour défaut d'assurance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de suspension de permis	<input type="checkbox"/> Aucune suspension de permis de moins de 2 ans <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 2 à 5 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 6 à 11 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 12 à 17 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 18 à plus <input type="checkbox"/> Annulation du permis
Refus d'obtempérer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contrôle d'alcoolémie/stupéfiants durant les 5 dernières années	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2

Renseignez la plus récente	
Type de l'infraction	<input type="checkbox"/> Alcoolémie <input type="checkbox"/> Stupéfiant
Date de l'infraction	
Taux d'alcoolémie g/L dans le sang	
Dans quelles circonstances	<input type="checkbox"/> Privées <input type="checkbox"/> Professionnelles
Le contrôle est-il consécutif à un accident	<input type="checkbox"/> Oui, avec délit de fuite <input type="checkbox"/> Oui, sans délit de fuite <input type="checkbox"/> Non
Sanction appliquée au conducteur	<input type="checkbox"/> Aucune suspension de permis de moins de 2 ans <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 2 à 5 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 6 à 11 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 12 à 17 mois <input type="checkbox"/> Suspension de permis de 18 à plus <input type="checkbox"/> Annulation du permis

### Informations complémentaires

Le conducteur principal est-il :	
Souscripteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Titulaire de la carte grise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Expérience moto sur les 48 derniers mois

Indiquez le nombre de mois d'assurance	
Pour une cylindrée entre 80 et 125cc	Mois
Pour une cylindrée entre 126 et 400cc	Mois
Pour une cylindrée > 400cc	Mois

Afin de pouvoir traiter votre demande le plus rapidement possible merci de répondre à chaque question.

Nous vous contacterons si nécessaire, par la suite.

Merci de nous transmettre votre dossier par mail ou fax :

[service.info@jlassure.com](mailto:service.info@jlassure.com) ou 09.59.53.91.90