**CGA International  
Assurance & Finance**Chaussée de Haecht 843  
1140 Evere  
🕾 02/242.48.50  
🖶 02/791.56.39  
 info@bureaucga.eu

|  |
| --- |
| **Informations personnelles (Conducteur principal)** |
| Nom **..................................................** , Prénom **............................................** Né(e) le **.... /.... /........**  Profession **........................................................................................**  H  F  Rue **..........................................................................................................** N° **.............** Boîte **...........**  Code postal **...................** Commune **.................................................................................................**  Date d’obtention du permis de conduire **.... /.... /........** e-Mail **.........................................................** Tel **.........................................................** |

**Véhicule**

**Véhicule à assurer :**

Marque **......................................** - Modèle **....................................** - Carburant **...............................**

Date de 1ere mise en circulation **.... /.... /........** Puissance **........** KW

Prix du véhicule (HTVA) **...................** € / Prix d’achat (occasion) **...................** €

**Antécédents :**

Nombre d’année sans sinistre **...........** ans - Nombre de sinistre ces 5 dernières année **...........**

Compagnie précédente **................................................** - N° police **...............................................**

Date de fin **.... /.... /........** - Prime actuelle **...........** €/An

**Autres informations :**

Avez-vous d’autres véhicules ?  OUI  NON (Si oui, remplir une autre fiche)  
Avez-vous des enfants susceptibles de conduire le véhicule ?  
Nom, Prénom **................................................** Né(e) le **.... /.... /........** Date Permis **.... /.... /........**

Nom, Prénom **................................................** Né(e) le **.... /.... /........** Date Permis **.... /.... /........**

Nom, Prénom **................................................** Né(e) le **.... /.... /........** Date Permis **.... /.... /........**

**Garanties :**

|  |
| --- |
| Responsabilité civile - Couvre les dégâts causés par l’assuré.  Protection Juridique - Défense de l’assuré, frais de procédures, contre-expertise, conseils, ...  Assurance conducteur - Frais médicaux en cas d’accident en tort ou sans tiers  Assistance - En cas de panne, problèmes médical, blessure, etc. Pour toute la famille et le véhicule  Mini Omnium - Vol, incendie, bris de vitre, heurts d’animaux, forces de la nature  Omnium complète - Dégâts matériel, délit de fuite, vandalisme, accident sans tiers, ... |

*Date :* **.... /.... /........** *Signature*

En signant ce document, vous confirmez avoir reçu les informations demandées et les explications des différentes garanties proposées.