

# Contrat-cadre collectif Assurance véhicules à moteur



Je suis collaborateur

et je m'intéresse au contrat-cadre collectif VZ. Je souhaite une offre sans engagement pour:

- voiture de tourisme       motorcycle       bateau       véhicule de livraison
- Je suis assuré auprès d'Allianz Suisse (n° de la police actuelle: \_\_\_\_\_) et souhaite un transfert dans les contrats-cadres collectifs VZ.

## Données personnelles

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_  
Téléphone pendant la journée \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## Informations sur le conducteur principal

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Date du permis de conduire \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_ Permis de séjour \_\_\_\_\_

## Informations sur le véhicule

	Véhicule 1	Véhicule 2
Plaques d'immatriculation	_____	_____
Marque, type	_____	_____
Cylindrée / Première mise en circulation	_____ / _____	_____ / _____
Prix catalogue / Options	_____ / _____	_____ / _____
Leasing du véhicule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Couvertures souhaitées

- Responsabilité civile       Casco complète       Casco partielle  
 Protection du bonus       Renonciation à la faute grave       Effets de voyage CHF 2000,00  
 Dommages causés aux véhicules parqués illimités (y compris les rayures de la carrosserie)  
 Dommages causés aux véhicules parqués limités (jusqu'à CHF 1000,00)       Assurance accidents des passagers

## Informations relatives à l'utilisation prévue

Garage disponible sur le lieu de résidence?  Oui  Non  
Utilisations du véhicule?  privée  professionnelle  privée+professionnelle      Kilomètres parcourus/an? \_\_\_\_\_

## Questions relatives à la proposition

Avez-vous eu 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 quelle raison? \_\_\_\_\_

Lieu et date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## Contact

Veuillez compléter intégralement le talon et l'envoyer à:

VZ VersicherungsZentrum AG  
Beethovenstrasse 24  
8002 Zurich

Hotline: 044 207 24 88  
Fax: 044 207 24 44  
E-Mail: versicherung@vzch.com

**Important:** Envoyez une copie de votre police actuelle et du dernier avis de prime, svp.