



DEMANDE DE TARIFICATION TRIAL

DATE D'EFFET SOUHAITEE :/...../.....

Le souscripteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :/...../...../...../..... Mail : _____

Date de Naissance :/...../..... Date de Permis MOTO/...../..... N° de Permis : _____

ANTECEDENTS D'ASSURANCES :

Avez-vous eu des sinistre(s) auto et moto au cours des deux dernières années ? OUI / NON

Si oui merci de préciser ci-dessous le nombre et la responsabilité (0%/50%/100%)

Le véhicule

Marque : _____ Modèle : _____ Cylindrée : _____

N° immatriculation : _____

Date de 1^{ère} mise en circulation :/...../.....

Valeur actuelle du véhicule : _____

Garanties

- Niveau 1** : RC OBLIGATOIRE
- Niveau 2** : Niveau 1 +VOL + INCENDIE
- Niveau 3** : Niveau 2 + DOMMAGES TOUS ACCIDENTS

Nous vous invitons à nous renvoyer ce questionnaire par mail à contact@abela-trial.fr

Accompagné de la copie de votre permis de conduire et de la carte grise de votre véhicule

Vous recevrez dans les meilleurs délais votre devis personnalisé

Nous restons à votre disposition