UV ASSURANCE

NOM	
PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE (J M A)	N° DE PROPOSITION OU DE POLICE

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA CONDUITE AUTOMOBILE

1. **Numéro de votre permis de conduire :** _____

AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES :

2. **Avez-vous contrevenu au code de la route?** Oui ❑ Non ❑

INFRACTIONS	NOMBRE DE CONTRAVENTIONS OU ARRESTATIONS	DATES DES CONTRAVENTIONS OU ARRESTATIONS	NOMBRE DE POINTS D'INAPTITUDE
STATIONNEMENT PROHIBÉ			
CEINTURE DE SÉCURITÉ			
VITESSE EXCESSIVE			
FEUX DE CIRCULATION			
ARRÊT OBLIGATOIRE			
DÉPASSEMENT ILLÉGAL			
ACCIDENT NON RESPONSABLE			
ACCIDENT RESPONSABLE			
AUTRES (PRÉCISEZ)			

SANS ÉGARD À LA PÉRIODE DE TEMPS ÉCOULÉ

3. **Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou vous a-t-il été retiré suite aux infractions ci-haut?** Oui ❑ Non ❑

Si oui, - Raisons : Accumulation de points d'inaptitude? Oui ❑ Non ❑

Contraventions impayées? Oui ❑ Non ❑

Autres? (Précisez) : _____

- Date de la perte de permis : _____ Durée : _____

- Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? Oui ❑ Non ❑ **Si oui**, date : _____

- À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? _____

4. **Avez-vous déjà été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies?** Oui ❑ Non ❑

Si oui, - Date de l'arrestation : _____

- Avez-vous été reconnu coupable? Oui ❑ Non ❑ **Si oui**, date : _____

- Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? Oui ❑ Non ❑ **Si oui**, date : _____

- À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? _____

5. **Avez-vous déjà été reconnu coupable de : délit de fuite, conduite dangereuse, négligence criminelle ou autres?**
Oui ❑ Non ❑ **Si oui**, date : _____ Nature de l'infraction et circonstances : _____

Avez-vous conduit pendant que votre permis était suspendu? Oui ❑ Non ❑ **Si oui**, date : _____

À quelle date avez-vous recouvré votre permis ou prévoyez-vous le recouvrer? _____

Je déclare que l'information ci-dessus est complète et véridique et qu'elle fera partie de ma proposition d'assurance auprès de **L'Union-Vie**.

X _____ **X** _____

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER **SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE**

X _____ _____

SIGNATURE DU TÉMOIN **DATE**

 UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.