

Questionnaire pour services de messagerie

Proposant/Assuré :	N° de police :	Date de prise d'effet :
Courtier et n° du courtier :		En affaires depuis :

Documents requis :

- Niveau II d'IUVU/Profil du transporteur (s'il y a lieu)
- Confirmation de l'expérience pertinente pour tous les conducteurs

VÉHICULES						
Numéro du véhicule	Renseignements sur le véhicule (année, marque, modèle)	Numéro de série du véhicule	Rayon habituel	Rayon maximal	Itinéraire établi	Destination la plus éloignée
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ACTIVITÉS	
Les livraisons s'effectuent-elles conformément à un contrat ou à une ou plusieurs ententes exclusives? Si oui, indiquez le nom de toutes les sociétés pour lesquelles il existe des contrats/ententes :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les livraisons sont-elles urgentes (délai de livraison garanti ou livraison le jour même ou le jour suivant)? Si oui, précisez :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les livraisons ont-elles une période garantie (intervalle de temps pendant lequel une livraison peut avoir lieu)? Si oui, précisez :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

MARCHANDISES ET CARGAISONS			
Marchandise transportée	Pourcentage du chargement	Marchandise transportée	Pourcentage du chargement
Alcool, bière, vin, spiritueux	%	Enveloppes et colis divers	%
Pièces d'auto	%	Métaux précieux	%
Produits électroniques	%	Produits pharmaceutiques (médicaments)	%
Objets d'art	%	Tabacs et produits du tabac	%
Fourrures	%	Trousses alimentaires non préparées (p. ex. : trousses repas)	%
Marchandises dangereuses	%	Autre :	%
Bijoux	%		

CONDUCTEURS						
Numéro du conducteur	Nom du conducteur	N° de permis	Date de naissance	Véhicule conduit	Employé depuis	Années d'expérience avec des véhicules ou exposés similaires
Le proposant/l'assuré a-t-il mis en place des pratiques d'embauche?						Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, précisez (expérience pertinente confirmée, dossiers commandés et examinés, réclamations, accidents, etc.)						

Ce formulaire supplémentaire vise à fournir de l'information supplémentaire à celle contenue dans la Proposition d'assurance automobile. Le consentement à la divulgation de renseignements donné dans la Proposition d'assurance automobile – Formule du propriétaire s'applique également au présent formulaire et le proposant convient que la Proposition d'assurance automobile – Formule du propriétaire est fondée sur la véracité des informations y étant fournies.

Signature du proposant/de l'assuré :	Date :
Signature du courtier :	Date :