

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE ET DEMANDE D'ÉTUDE PERSONNALISÉE**

Formulaire à compléter et à adresser par courrier électronique à : [contact@lafont-assurances.com](mailto:contact@lafont-assurances.com)

Il s'agit d'une demande d'étude en vue :

de la souscription d'un nouveau contrat

d'un remplacement du contrat N°

Date d'effet envisagée :

**PROPOSANT**

Nom (ou raison sociale) : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal\* : ..... Ville : .....

Je suis :  un(e) licencié(e)  un club  une SCA  un Organisme Déconcentré  Autre

Si personne morale, nom, prénom interlocuteur : .....

Fonction : ..... Numéro SIRET (si personne morale) : .....

Téléphone fixe\* : ..... Téléphone portable\* : .....

E-mail : .....

Numéro de licence/ d'affiliation / d'agrément FFESSM :

Vous pouvez me joindre (précisez les jours et les heures) : .....

**VÉHICULE À ASSURER**

Case de votre carte grise	Informations	
<b>A</b>	Numéro d'immatriculation	
<b>B</b>	Date de la première immatriculation	
<b>C.1</b>	Nom et prénom titulaire de la carte grise	
<b>D.1</b>	Marque du véhicule	
<b>D.2</b>	Type, Variante, Version (si disponible) du véhicule	
<b>D.3</b>	Dénomination commerciale	
<b>I</b>	Date du certificat d'immatriculation	
<b>P.3</b>	Type de carburant ou source d'énergie	
<b>P.6</b>	Puissance administrative nationale (« chevaux fiscaux »)	

Mode d'acquisition du véhicule :

\*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

**CONDUCTEUR PRINCIPAL (si personne physique)**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Date de permis : .....

Permis obtenu dans le cadre de la conduite accompagnée : OUI NON

Profession : ..... Code postal du lieu de travail\* : .....

Stationnement du véhicule : ..... Code postal du lieu de garage : .....

Usage du véhicule : ..... Kilométrage annuel effectué : .....

Si limitation de kilométrage, nombre de kilomètres au compteur du véhicule : .....

Utilisation du véhicule : .....

Véhicule utilisé dans le cadre de la conduite accompagnée : OUI NON

**ANTÉCÉDENTS DU CONDUCTEUR PRINCIPAL**

- Le conducteur principal a été assuré ..... mois sans interruption dans les 36 derniers mois auprès de la compagnie d'assurance : .....
  - Le coefficient de réduction/majoration à l'échéance est de :
  - Si bonus 050, date d'acquisition :
  - Le conducteur principal déclare ..... sinistre(s) dans les 36 derniers mois.
- Sinistre 1 : ..... Date : .....
- Sinistre 2 : ..... Date : .....
- Sinistre 3 : ..... Date : .....
- Sinistre 4 : ..... Date : .....
- Sinistre 5 : ..... Date : .....
- Le contrat précédent n'a pas été résilié par l'assureur précédent.....
  - Le conducteur principal, son conjoint/concubin et les conducteurs désignés n'ont fait l'objet d'aucune contravention, ni condamnation pour conduite en état d'ivresse au cours des 5 dernières années.....
  - Le conducteur principal, son conjoint/concubin et les conducteurs désignés n'ont pas fait l'objet d'une annulation ou d'un retrait de permis supérieur à 45 jours au cours des 3 dernières années.....
  - Le conducteur principal, son conjoint/concubin et les conducteurs désignés n'ont pas fait l'objet de contravention ou condamnation au cours des 3 dernières années pour conduite sous l'emprise de stupéfiants et/ou délit de fuite.....
  - Le conducteur principal, son conjoint/concubin et les conducteurs désignés n'ont pas fait l'objet d'une contravention pour défaut d'assurance en date au cours des trois dernières années.....

**GARANTIES SOUHAITÉES**

**FORMULE 1**

- Responsabilité civile
- Défense, Recours et Avance sur recours
- Sécurité du conducteur
- Protection juridique

**OPTIONS**

Bris de glaces sans franchise  
Assistance avec véhicule de remplacement  
sans véhicule de remplacement

**FORMULE 2**

**FORMULE 1 +**

- Bris de glaces • Vol et incendie

**OPTIONS**

Assistance avec véhicule de remplacement  
sans véhicule de remplacement  
Effets et accessoires  
Contenu du véhicule assuré 300€ 1000€ 2000€

**FORMULE 3**

**FORMULE 2 +**

- Dommages tous accidents

**OPTIONS**

Assistance avec véhicule de remplacement  
sans véhicule de remplacement  
Effets et accessoires  
Contenu du véhicule assuré 300€ 1000€ 2000€  
Indemnisation renforcée (perte financière si location avec option d'achat)

**OPTION**

**Dérogation transport de bouteilles gonflées**

**Réservée aux clubs, Organismes Déconcentrés et SCA titulaires d'un contrat «100% Associations» ou «100% Pro» porté par compagnie Generali IARD et intermédié par Lafont Assurances.**

*Les garanties demeurent acquises aux véhicules particuliers 4 roues transportant des bouteilles de plongée et/ou des bouteilles d'oxygène gonflées, destinées à la pratique des activités prévues par les Statuts de la FFESSM, ainsi qu'à la sécurité desdites pratiques. Cette dérogation ne s'applique pas aux véhicules de transport en commun tels que visés à l'Article 21 de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2001.*

**MODE DE PAIEMENT**

Avec prélèvement automatique      Sans prélèvement automatique

**COMMENTAIRE**

Art. L113-2 al.2 du Code des Assurances : l'assuré est tenu de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge.

Informatique et libertés : les informations personnelles concernant les Assurés recueillies lors de la souscription sont nécessaires au traitement de la demande de souscription. Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. L'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant auprès de la société, munis d'une pièce d'identité, en précisant ses nom, prénom, adresse et si possible sa référence client : LAFONT ASSURANCES - Centre de Services - Zone d'Activités Mixte du Moulinas - 2, rue du Moulinas - 66330 CABESTANY- France.

Il peut également s'opposer à ce que ses coordonnées et ses données non sensibles, qui peuvent être transmises aux sociétés d'assurances, ainsi qu'à d'autres sociétés ou associations, soient utilisées à des fins de prospection commerciale, par simple lettre envoyée à l'adresse mentionnées ci-dessus.

LAFONT ASSURANCES S.A.S. – 2, rue Jean Lantier - 75001 PARIS

Centre de services : Zone d'Activité Mixte du Moulinas - 2, rue du Moulinas - 66330 CABESTANY

Société de Courtage en Assurances - RCS Paris 788 431 468 - Numéro d'inscription à l'ORIAS : 12 068 741