

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE ET DEMANDE D'ÉTUDE PERSONNALISÉE

Formulaire à compléter et à adresser par courrier électronique à : 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 : Prénom :

Adresse :

Code postal* : Ville :

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

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

E-mail :

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

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

LE LOCAL OU LES LOCAUX À ASSURER

Local N°1

Adresse :

Code postal* : Ville :

Type d'occupation : Superficie développée (m²) :

Local N°2

Adresse :

Code postal* : Ville :

Type d'occupation : Superficie développée (m²) :

VOS ANTÉCÉDENTS SINISTRES

Nombre de sinistres dans les 24 derniers mois :

Nature	Année	Coût
.....	€
.....	€
.....	€

*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

LES GARANTIES (MULTIRISQUES)

Capital à garantir sur le contenu (cumul des valeurs présentes dans le local / les locaux) :

€

GARANTIE BRIS DE GLACES

- Non souhaitée**
- Limitée aux seuls produits verriers intérieurs**
- Étendue à tous les produits verriers** (produits verriers intérieurs, devanture, portes d'accès, fenêtres et enseignes)

GARANTIE DÉGÂTS DES EAUX

- Limitée aux seuls biens immobiliers**
- Étendue aux biens immobiliers et mobiliers contenus**

OPTION VOL/VANDALISME

- Oui** **Non**

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. - 27, rue Louis Vicat - 75015 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