

**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 couverture d'un nouveau prêt ou d'un prêt en cours de renégociation  
 de la seule résiliation de mon assurance de prêt actuelle

Objet du/des emprunt(s) :

**EMPRUNTEUR**

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

Adresse : .....

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

Date et lieu de naissance : ..... Code postal\* : ..... Ville : .....

Situation familiale :  Fumeur  Non fumeur

Profession exacte : ..... Statut : .....

Si travail manuel, le décrire : .....

Sport(s) pratiqué(s) : .....

Si plongée sous-marine pratiquée, merci de préciser :

En apnée ?  Oui  Non Si oui, précisez : Profondeur habituelle : m Profondeur maximale atteinte : m

Avec bouteilles ?  Oui  Non Si oui, précisez : Profondeur habituelle : m Profondeur maximale atteinte : m

Autre(s), à préciser : ..... Profondeur habituelle : m

Numéro de licence FFESSM :

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

E-mail : .....

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

**CO-EMPRUNTEUR**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Date et lieu de naissance : ..... Code postal\* : ..... Ville : .....

Situation familiale :  Fumeur  Non fumeur

Profession exacte : ..... Statut : .....

Si travail manuel, le décrire : .....

Sport(s) pratiqué(s) : .....

Si plongée sous-marine pratiquée, merci de préciser :

En apnée ?  Oui  Non Si oui, précisez : Profondeur habituelle : m Profondeur maximale atteinte : m

Avec bouteilles ?  Oui  Non Si oui, précisez : Profondeur habituelle : m Profondeur maximale atteinte : m

Autre(s), à préciser : ..... Profondeur habituelle : m

Numéro de licence FFESSM :

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

E-mail : .....

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

\*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

**INFORMATIONS EMPRUNT(S)**

**EMPRUNT N°1**

Montant total emprunté : ..... € Taux d'intérêt : ..... % Frais bancaires : ..... €

Date de début du prêt : ..... Durée : ..... Mois Date de fin du prêt : .....

Type de remboursement : ..... Fréquence de remboursement : .....

**Organisme prêteur** - Nom : .....  
- Adresse : .....  
- Code postal\* : ..... Ville : .....

**EMPRUNT N°2**

Montant total emprunté : ..... € Taux d'intérêt : ..... % Frais bancaires : ..... €

Date de début du prêt : ..... Durée : ..... Mois Date de fin du prêt : .....

Type de remboursement : ..... Fréquence de remboursement : .....

**Organisme prêteur** - Nom : .....  
- Adresse : .....  
- Code postal\* : ..... Ville : .....

**EMPRUNT N°3**

Montant total emprunté : ..... € Taux d'intérêt : ..... % Frais bancaires : ..... €

Date de début du prêt : ..... Durée : ..... Mois Date de fin du prêt : .....

Type de remboursement : ..... Fréquence de remboursement : .....

**Organisme prêteur** - Nom : .....  
- Adresse : .....  
- Code postal\* : ..... Ville : .....

**GARANTIES SOLLICITÉES**

**Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

**EMPRUNTEUR**

**CO-EMPRUNTEUR**

**EMPRUNT N°1** Taux de couverture : ..... % Taux de couverture : ..... %

**EMPRUNT N°2** Taux de couverture : ..... % Taux de couverture : ..... %

**EMPRUNT N°3** Taux de couverture : ..... % Taux de couverture : ..... %

**Incapacité / Invalidité**

**EMPRUNTEUR**

**EMPRUNT N°1** Taux de couverture : ..... %  suppression de l'incapacité  suppression de l'invalidité partielle  
Franchise : .....  suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale

**EMPRUNT N°2** Taux de couverture : ..... %  suppression de l'incapacité  suppression de l'invalidité partielle  
Franchise : .....  suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale

**EMPRUNT N°3** Taux de couverture : ..... %  suppression de l'incapacité  suppression de l'invalidité partielle  
Franchise : .....  suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale

**GARANTIES SOLLICITÉES**

**Incapacité / Invalidité**

**CO-MPRUNTEUR**

- |                    |                      |   |                          |   |                          |                                       |
|--------------------|----------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <b>EMPRUNT N°1</b> | Taux de couverture : | % | <input type="checkbox"/> | suppression de l'incapacité                                     | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle |
|                    | Franchise :          |   | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale |                          |                                       |
| <b>EMPRUNT N°2</b> | Taux de couverture : | % | <input type="checkbox"/> | suppression de l'incapacité                                     | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle |
|                    | Franchise :          |   | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale |                          |                                       |
| <b>EMPRUNT N°3</b> | Taux de couverture : | % | <input type="checkbox"/> | suppression de l'incapacité                                     | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle |
|                    | Franchise :          |   | <input type="checkbox"/> | suppression de l'invalidité partielle ET de l'invalidité totale |                          |                                       |

**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 : Nous sommes tenus de vérifier que les données de l'assuré sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi le solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter son dossier (par exemple en enregistrant son email s'il nous a écrit un courrier électronique). Elles pourront être communiquées aux tiers intervenant dans la souscription, la gestion et l'exécution du contrat. L'assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir des directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. S'il a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, il peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de son contrat, muni d'une pièce d'identité, en précisant ses nom, prénom, adresse et si possible sa référence client auprès notre délégué à la protection des données afin d'exercer ses droits par email : [contact@lafont-assurances.com](mailto:contact@lafont-assurances.com) ou par courrier : 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