

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 et heure d'effet envisagée :

Date et heure de fin de garantie souhaitée :

PROPOSANT

Nom (ou raison sociale) : Prénom :

Adresse :

Code postal* : Ville :

Je suis : un club une SCA un Organisme Déconcentré Autre

Si personne morale, nom, prénom interlocuteur :

Fonction :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

E-mail :

Numéro d'affiliation / d'agrément FFESSM :

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

DESCRIPTION DE LA MANIFESTATION À ASSURER

Dénomination :

Nature de la manifestation :

Lieu exact du déroulement de la manifestation :

Montant des frais engagés : €

À déduire le cas échéant, les subventions qui resteraient acquises, même en cas d'annulation de la manifestation : €

Total du montant de garantie : €

Le montant de garantie constituera le montant de la garantie accordée pour la manifestation assurée.

MERCI DE JOINDRE LA COPIE DU BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA MANIFESTATION.

*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

DÉCLARATIONS

Le Souscripteur déclare : ne pas avoir eu d'antécédents sinistres au cours des 3 dernières années.

GARANTIES SOUHAITÉES

FORMULE 1

- Indisponibilité des locaux et/ou du matériel
- Autres faits générateurs garantis

FORMULE 2

FORMULE 1 +

- Intempéries

FORMULE 3

FORMULE 2 +

- Indisponibilité de l'assuré

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 son 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