

**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 :  d'un nouveau contrat

d'une modification sur le contrat en cours, N°

**ADHÉRENT(E)**

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

Adresse : .....

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

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

Situation familiale : ..... Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle

Profession exacte : ..... Statut : Salarié  Non salarié

Si Non Salarié, je souhaite bénéficier des dispositions de la Loi Madelin (déductibilité des cotisations)

Numéro de licence FFESSM :

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

E-mail : .....

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

**BÉNÉFICIAIRE(S)**

Identité	Nom - Prénom	Masculin	Féminin	Date de naissance
Membre participant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Conjoint		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Enfant(s) à charge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nouveau né		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nouveau né		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nouveau né		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

\*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

**DITES NOUS CE DONT VOUS AVEZ BESOIN**

**Sélectionnez le niveau de couverture souhaité**

**Hospitalisation et soins courants**

- Je consulte des médecins qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Je souhaite une prise en charge des honoraires médicaux, sans chambre particulière ni dépassements d'honoraires. (Pas de prise en charge des frais imprévus d'hospitalisation).
- Je consulte des médecins généralistes et spécialistes pratiquant de faibles dépassements d'honoraires. Je souhaite une prise en charge confortable des honoraires médicaux, chambre particulière et dépassements d'honoraires (actes de chirurgie, anesthésie).
- Je consulte des médecins généralistes et spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires importants. Je souhaite une prise en charge renforcée des honoraires médicaux, chambre particulière et dépassements d'honoraires (actes de chirurgie, anesthésie, frais imprévus).
- Je consulte des médecins généralistes et spécialistes pratiquant de forts dépassements d'honoraires. Je souhaite une prise en charge maximale / optimum des honoraires médicaux, chambre particulière, dépassements d'honoraires et frais d'hospitalisation. Sérénité sur les frais imprévus en cas d'hospitalisation.

**Optique**

- Je ne porte ni lunettes ni lentilles.
- Je porte des lunettes et/ou des lentilles et je souhaite une prise en charge confortable.
- Je porte des lunettes et/ou des lentilles et je souhaite une prise en charge renforcée. J'envisage la chirurgie réfractive.
- Je porte des lunettes et/ou des lentilles et je souhaite une prise en charge élevée / optimum. J'envisage la chirurgie réfractive.

**Dentaire**

- Je n'ai pas de besoins particuliers.
- Je souhaite une prise en charge des soins dentaires courants.
- Je souhaite une prise en charge renforcée des soins dentaires courants, l'orthodontie et des prothèses dentaires et implants.
- Je souhaite une prise en charge élevée / optimum des prothèses et des soins les plus coûteux (implants dentaires, parodontologie...).

**Médecines douces et Prévention**

- Je n'ai pas de besoins particuliers.
- Je souhaite être remboursé des consultations en médecines douces.
- Je souhaite une prise en charge renforcée de mes frais de médecines douces, de prévention et d'automédication.
- Je souhaite une prise en charge élevée de mes frais de médecines douces, de prévention et d'automédication.

**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