

**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 :

Date de fin d'effet :    date de fin de la saison fédérale en cours

Si contrat temporaire, date de fin de garantie souhaitée :

**PROPOSANT**

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

Adresse : .....

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

Je suis :  un club  une SCA  un Organisme Déconcentré

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) : .....

**LISTE DES VÉHICULES À ASSURER**

Nous déclarons que chacun des bénéficiaires ci-dessous est titulaire d'un contrat d'assurance automobile en cours de validité.

Marque	Immatriculation	Nom	Prénom	Date de permis	Statut

\*Ne mettez aucun espace entre les chiffres

**LISTE DES VÉHICULES À ASSURER suite**

Nous déclarons que chacun des bénéficiaires ci-dessous est titulaire d'un contrat d'assurance automobile en cours de validité.

Marque	Immatriculation	Nom	Prénom	Date de permis	Statut

**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