

À compléter et à adresser à : contact@lafont-assurances.com > Accompagné des pièces justificatives

DÉCLARANT

Je suis ou représente :

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

Nom : Prénom :

Représentant (si dirigeant déclarant pour le compte de la personne morale) :

Adresse :

Code postal* : Ville :

E-mail :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Je suis ou représente : ☐ L'auteur et/ou le (la) mis(e) en cause ☐ La victime

DÉCLARATIONS COMMUNES

Date et heure de survenance du sinistre : le / / à h

Lieu de survenance :

LE TIERS (S'IL EXISTE) :

Nom : Prénom :

Représentant (si dirigeant déclarant pour le compte de la personne morale) :

Adresse :

Code postal* : Ville :

E-mail :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Si le tiers est membre de la FFESSM,
numéro de licence / d'affiliation / d'agrément FFESSM :

Circonstances du sinistre :

Description des dommages :

DÉCLARATIONS COMMUNES

TÉMOIN 1 (S'IL EXISTE) :

Nom : Prénom :

Représentant (si dirigeant déclarant pour le compte de la personne morale) :

Adresse :

Code postal* : Ville :

E-mail :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Si le témoin est membre de la FFESSM,

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

TÉMOIN 2 (S'IL EXISTE) :

Nom : Prénom :

Représentant (si dirigeant déclarant pour le compte de la personne morale) :

Adresse :

Code postal* : Ville :

E-mail :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Si le témoin est membre de la FFESSM,

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

TÉMOIN 3 (S'IL EXISTE) :

Nom : Prénom :

Représentant (si dirigeant déclarant pour le compte de la personne morale) :

Adresse :

Code postal* : Ville :

E-mail :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Si le témoin est membre de la FFESSM,

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

CONTRAT CONCERNÉ / DÉCLARATIONS SPÉCIFIQUES

☐ **RESPONSABILITÉ CIVILE OU INDIVIDUELLE ACCIDENT**

Profondeur : _____ m Température : _____ °C N° de Procès-Verbal : _____
Origine-contexte : _____ Compétition : _____
Activité : _____ Environnement : _____
Période de survenance : _____

SI DOMMAGES CORPORELS

Victime née le _____ / _____ / _____ à _____
Situation familiale : ☐ Mariée ☐ Célibataire ☐ Autre Nombre d'enfants : _____
N° de sécurité sociale ou autre régime obligatoire : _____
Durée de l'arrêt de travail : _____ jours Premier médecin consulté : _____
Adresse : _____
Code postal* : _____ Ville : _____

Justificatif à joindre > ☐ **Certificat médical initial**

SI DOMMAGES MATÉRIELS

Valeur estimée du préjudice : _____ €

Justificatifs à joindre > ☐ **Facture(s)** ☐ **Photo(s)** ☐ **Dépôt de plainte**

SI INCIDENT DE SÉJOUR

☐ **Annulation de séjour**

Justificatifs à joindre > ☐ **Facture acquittée du séjour** ☐ **Facture d'annulation du séjour**
☐ **Certificat médical**

☐ **Interruption de séjour**

Justificatifs à joindre > ☐ **Facture acquittée du séjour** ☐ **Certificat médical**

☐ **MATÉRIEL EN TOUS LIEUX**

N° de contrat _____

Justificatifs à joindre > ☐ **Facture(s) d'achat(s)** ☐ **Photo(s)**
☐ **Devis de réparation ou attestation d'irréparabilité délivrée par un professionnel**

☐ **BATEAU**

N° de contrat _____

Nom du navire : _____ N° d'immatriculation : _____

Justificatifs à joindre > ☐ **Constat amiable ou déclaration circonscrite** ☐ **Photo(s)** ☐ **Dépôt de plainte**
☐ **Copie du permis de mer du pilote** ☐ **Copie de l'acte de francisation**

CONTRAT CONCERNÉ / DÉCLARATIONS SPÉCIFIQUES

☐ **AUTOMOBILE OU REMORQUE DE PLUS DE 750 KG**

N° de contrat

Marque : Modèle :

N° d'immatriculation :

Justificatifs à joindre > ☐ **Constat amiable** ☐ **Photo(s)** ☐ **Dépôt de plainte**

☐ **Copie du permis de conduire recto-verso du conducteur ayant eu l'accident**

☐ **DOMMAGES AUX BIENS (LOCAUX)**

N° de contrat

Justificatifs à joindre > ☐ **Constat amiable dégât des eaux** ☐ **Facture(s)** ☐ **Photo(s)** ☐ **Dépôt de plainte**

COMMENTAIRE

Art. L. 113-8 du Code des Assurances : sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Art. L. 172-28 du Code des Assurances : l'assuré qui a fait de mauvaise foi une déclaration inexacte relative au sinistre est déchu du bénéfice de l'assurance.

Pour toute réclamation, adressez-vous à reclamations.clients@lafont-assurances.com.

Les données à caractère personnelles recueillies font l'objet d'un traitement aux fins de la gestion de votre sinistre. Elles sont destinées à l'Assureur en tant que responsable de traitement et sont nécessaires à la gestion de votre sinistre, à l'exception des informations qui sont identifiées comme facultatives. Elles seront conservées tout au long de la gestion de votre sinistre et en respect avec les règles de prescriptions applicables. Conformément à la loi n°78-17 « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez à tout moment accéder aux données, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. En application du règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez également du droit de demander leur effacement, leur traitement de manière limitée ou leur portabilité. Il suffit d'adresser un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à notre Centre de Services, en précisant la référence sinistre. Les données personnelles recueillies peuvent être transmises à des partenaires intervenant dans la gestion de votre sinistre. Lorsque ces transferts de données personnelles sont effectués à destination de pays situés en dehors de l'Espace Economique Européen, ces transferts sont réalisés en conformité avec les dispositions légales et réglementaires applicables. Nous garantissons le traitement des données dans le respect des directives relatives au secret médical et à la protection des données de santé. En cas de réclamation vous pouvez vous adresser à la CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

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

soumise au contrôle de l'ACPR - 4, place de Budapest - 75436 Paris (<https://acpr.banque-france.fr>).