

BP 34 – 51873 REIMS Cedex
Tel: 03.26.87.71.38 / Fax: 09.70.62.90.43
E.mail : assurances.lestienne@orange.fr
Orias : 13 007 888

ASSURANCE VEHICULES DE LOISIRS NON HOMOLOGUES ET ASSIMILES

DEVIS/PROPOSITION FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION RESPONSABILITE CIVILE AUTO

SOUSCRIPTEUR (si mineur indiquer le nom du père ou de la mère)

Nom: _____
 Prénom: _____
 Adresse: _____
 Code postal: _____ ville: _____
 Date de naissance: _____
 Profession: _____
 Tel: _____ fax: _____
 E-mail: _____

VEHICULE

Marque: _____
 Modèle: _____
 Année: _____
 N° d'identification: _____
 (N° de série, châssis, moteur)

FORMULE	DEFINITION DES GARANTIES	Tarif TTC 2017
FORMULE 1	<p>« RC CIRCUIT » : garantie avec une circulation limitée à l'utilisation sur pistes, circuits, y compris les paddocks, routes fermées ou autres endroits fermés à la circulation publique, homologués ou non, en France ou en Europe, pour des essais privés, entraînements, journées de roulage, et lors des opérations de chargement-déchargement à tout endroit, Défense Civile et Défense Pénale et Recours.</p> <p>Les opérations de chargement et déchargement peuvent être effectuées sur un lieu ouvert à la circulation publique (exemple de l'assuré qui ne peut faire autrement que de décharger son véhicule dans la rue, devant son domicile, pour ensuite le rentrer dans sa propriété). Exclusion des dommages matériels entre participants pendant le roulage sur circuit. Franchise 450€.</p>	<p>25€</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Date du roulage:</p> <p>.....</p>
GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT	<p>Garanties :</p> <p>Décès accidentels pendant une journée de roulage sur circuit : capital 10 000€</p> <p>Invalidité permanente totale suite à un accident (pourcentage applicable selon barème en cas d'invalidité permanente partielle) : capital 25 000€ avec franchise absolue de 10%</p> <p>Frais médicaux suite à un accident pendant une journée de roulage sur circuit : montant maximum de 1500€ avec franchise de 40€</p>	<p>Journée 7€</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Date du roulage:</p> <p>.....</p>
	<p>COTISATION TOTALE TTC</p> <p>(additionner et reporter le montant de la formule choisie, plus option le cas échéant)</p> <p>*Attention : les garanties ne seront acquises qu'à réception du règlement en nos locaux et qu'après acceptation de l'assureur.</p>	<p>.....€</p>

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Démarchage domicile : Non

Démarchage Résidence : Non

Démarchage lieu de travail : Non

Faculté de renonciation :

Article L112-9 du Code des Assurances : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités »

Définition jurisprudentielle du démarchage :

« Est considéré par la Jurisprudence comme conclu par voie de démarchage le contrat par lequel le client a été invité par contact téléphonique, courrier ou prospectus personnalisé ou non, à se déplacer sur un lieu de vente en vue de sa conclusion. »

Modèle de lettre de renonciation :

(A recopier et envoyer à ASSURANCES LESTIENNE uniquement en cas de renonciation, si le contrat a été conclu suite à démarchage)

Je soussigné(e) _____, demeurant _____, renonce à mon contrat N° _____ souscrit auprès de la compagnie _____, conformément à l'article L112-9 du Code des Assurances. J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date d'effet du contrat.

Fait à _____ le _____

Signature

Le contrat sera établi en 2 exemplaires de 2 pages chacun. Un exemplaire doit être signé du souscripteur et retourné à ASSURANCES LESTIENNE. La signature apposée en page 2 vaut signature de l'intégralité du document.

Ce contrat sera établi selon vos réponses à nos questions. Les conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration sont celles prévues par le code des Assurances (Art. L113-8 nullité de contrat, Art. L113-9 réduction des indemnités). Vous reconnaissez avoir pris connaissance des Conditions Générales des garanties souscrites dont chaque référence figure ci-dessus et les accepter. Loi Informatique et Liberté du 06.01.78 : Vous disposez d'un droit de d'accès et de rectification des informations. Vous nous autorisez à communiquer ces informations à nos correspondants et à tous ceux appelés à connaître ce contrat au titre de sa gestion et de son exécution.

Fait à Champigny le _____

Signature de l'assuré

La compagnie par délégation

précédée de la mention « Bon pour accord »

