

Note de présentation – Non paiement de prime

Joindre obligatoirement le relevé d'informations sur 3 ans et faxer au : 04 72 40 99 96

Nom du souscripteur :

Adresse _____ Code Postal [] [] [] [] [] Commune :

Date de naissance : / / Date de permis : / / Profession :

Salarié Artisan-Commerçant Libérale Fonctionnaire Retraité Sans profession Etudiant
Statut matrimonial : C/D/V M Infirmité/Maladie grave Oui Non Nature infirmité/Maladie :

Nombre d'accidents durant les 36 derniers mois : [] dont corporel : [] dont Vol/Incendie : []

Assuré à son nom : Oui Non Depuis le : / /
 Oui Non Condamnation pour refus d'obtempérer, défaut d'assurance, délit de fuite suite à un sinistre corporel
 Oui Non Conducteur de moins de 25 ans responsable d'un accident avec décès
 Oui Non Résilié par précédente compagnie : si oui Date de Résiliation : / /
En l'absence d'information, aucune étude ne sera communiquée.
Compléter le ou les pavés relatif (s) aux antécédents du client.

Description du risque : En commission de sur-endettement Oui Non

Avez-vous régularisé votre situation : Oui, intégralement Non

Nombre d'assureurs sur la durée réelle des antécédents (maxi 3 ans) : 1 2 3 ou plus

Nombre de mois d'interruption d'assurance sur la durée réelle des antécédents (maxi 36 mois) :
 Moins de 2 mois Entre 2 et 5 mois Plus de 5 mois

C.R.M. : [] [] [] [] à reprendre Ancien C.R.M. : [] [] [] [] à l'échéance du : / /

Sinistres causés ou subis au cours des 3 dernières années, arrêtés à ce jour, sans omettre les accidents survenus avec des véhicules n'appartenant pas au proposant :

Date	Nature : M -Matériel/ C-Corporel	% R.C.	Circonstances précises	P.V. 0/N

Véhicule :

Marque : _____ Modèle : _____ Version : _____ Type Mines : _____
GTA : _____ Groupe [] [] Classe [] [] Date mise en circulation : / /
Immatriculation ; _____ Puissance CV _____
Code postal stationnement : [] [] [] [] [] Ville : Garage Oui Non Remorque Oui Non

Usage : Promenade/Trajet Promenade Affaires Tous déplacements

B.P 5004 9 place Benoît Crépu 69245 Lyon Cedex 05 Tél. + 33 (0)4 72 41 13 54 Fax + 33 (0)4 72 40 99 96
office-assurance@pactoffice.fr www.pactoffice.fr

CARENE ASSURANCES - Société de courtage d'assurance – SA au capital de 7.028.389 € - 652 044 249 RCS Paris –
Siège social : 53 rue d'Hauteville, 75010 PARIS - APE 6622 Z - ORIAS 07 000 004 – www.orias.fr
Garantie financière et responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L 530-1 et L 530-2 du Code des Assurances

**Mandat d'étude, de placement
et de confidentialité**

Je soussigné

AGISSANT EN QUALITE DE

Donne mandat à Pactoffice pour l'étude et dans le cas de votre accord, la mise en place des garanties suivantes :

Automobile Non paiement de prime

Ce mandat porte accord de confidentialité réciproque pour l'ensemble des données échangées. Ce mandat remplace tout mandat antérieur.

Fait à le

Signature et Cachet :

Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au traitement de la présente demande. Elles pourront aussi être utilisées, sauf opposition de votre part, dans le but de prospection pour les produits distribués par PACTOFFICE en France (assurances, produits financiers et services). Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant, - soit en adressant un e-mail à l'adresse : informatique.et.libertes@pactoffice.fr.

- soit en adressant un courrier auprès de :

PACTOFFICE – Informatique et Liberté – 9 Place Benoît Crépu – BP 5004 – 69245 Lyon CEDEX 05

Je m'oppose à toute prospection

J'accepte la prospection par e-mailing