



# Véhicules terrestres à moteur à usage privé

Demande d'assurance

Demande de modification

## Le souscripteur

M.  Mme  Mlle  NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
Lieu-dit : \_\_\_\_\_ Code postal | | | | | Commune \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_

## Le véhicule à assurer (y compris s'il s'agit d'une remorque)

Le propriétaire est : Vous-même  votre conjoint  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_ date de 1<sup>ère</sup> mise en circulation : \_\_\_\_\_

Marque : \_\_\_\_\_ Puissance fiscale ou cylindrée (pour 2R) : \_\_\_\_\_ cv/cm3

Modèle/Appellation commerciale : (Ex. : 308 1.4l VTi 16V Confort...) : \_\_\_\_\_

Alimentation : essence  diesel  électrique  gaz

Si la localité du lieu de garage habituel du véhicule est différente de celle du domicile principal, indiquez-la ci-après ou si vous êtes militaire, indiquez le nom de votre ville de garnison.

Localité : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## LE VÉHICULE APPARTIENT À L'ADMINISTRATION

Il s'agit d'un **Véhicule de fonction** : Véhicule de l'Administration utilisé pour les déplacements privés   
(Garantie Tous Risques)

Il s'agit d'un **Véhicule de service** : Véhicule de l'Administration en stationnement   
(Garanties Vol, Incendie, Bris de Glaces Cat. Nat. et Technologiques)

## LE VÉHICULE EST UN CAMION OU UN ENGIN

Indiquez son PTAC : \_\_\_\_\_

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Responsabilité Civile/Défense pénale et Recours	✓	✓	✓
Assurance Personnelle du conducteur	✓	✓	✓
Insolvabilité des tiers	✓	✓	✓
Assistance	✓	✓	✓
Vol*	✓	✓	
Incendie*	✓	✓	
Bris de glaces*	✓	✓	
Catastrophes Naturelles*	✓	✓	
Catastrophes Technologiques*	✓	✓	
Dommages accidentels*	✓		

Cochez la formule souhaitée ⇒

Si vous souscrivez une **garantie dommages\***, indiquez la valeur totale du véhicule : \_\_\_\_\_ €

**LE VÉHICULE EST UNE REMORQUE**

Indiquez son n° d'immatriculation si son poids est > à 500 kg : \_\_\_\_\_

- **Si son poids est < 750 kg :**  
Les garanties Responsabilité civile et défense pénale et recours suite à accident sont incluses dans la garantie du véhicule tracteur. Si vous souhaitez en plus les garanties Dommages\*, indiquer la valeur de la remorque : \_\_\_\_\_ €
- **Si son poids est > 750 kg :**  
Vous devez souscrire une assurance propre à la remorque et choisir une des formules ci-dessous :  
Poids Total en Charge : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_ €

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Responsabilité Civile/Défense pénale et Recours	✓	✓	✓
Insolvabilité des tiers	✓	✓	✓
Assistance	✓	✓	✓
Vol*	✓	✓	✓
Incendie*	✓	✓	✓
Catastrophes Naturelles*	✓	✓	✓
Catastrophes Technologiques*	✓	✓	✓
Dommages accidentels*	✓	✓	✓

Cochez la formule souhaitée →

**LES ANTECEDENTS DU VEHICULE**

Au cours des 36 derniers mois, le véhicule a-t-il fait l'objet de sinistres ? OUI  NON

VOL	INCENDIE – TEMPÊTE CATASTROPHES NATURELLES ATTENTATS – GRÊLE – POIDS DE LA NEIGE	BRIS DE GLACE <small>(uniquement pour les véhicules homologués de + de 80 cm3 ou 6,5 kw)</small>	ACCIDENT DE STATIONNEMENT
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

**les conducteurs du véhicule à assurer**

	CONDUCTEUR PRINCIPAL	CONDUCTEUR SECONDAIRE	APPRENTI CONDUCTEUR
Civilité	_____	_____	_____
Nom	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Date de naissance	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
N° du Permis de conduire	_____	_____	_____
Catégorie	_____	_____	_____
Date d'obtention	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____
A-t-il fait l'objet d'une SUSPENSION ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, date, durée :	_____	_____	
A-t-il fait l'objet d'une ANNULATION (ou INVALIDATION) ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si OUI, date, durée :	_____	_____	

	CONDUCTEUR PRINCIPAL	CONDUCTEUR SECONDAIRE	APPRENTI CONDUCTEUR
Le conducteur a-t-il été reconnu coupable d'un délit de fuite après accident ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le conducteur a-t-il été reconnu coupable d'"imprégnation alcoolique" ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

## ■ LES ANTÉCÉDENTS DES CONDUCTEURS

- Si les conducteurs ont été assurés ou ont eu des sinistres au cours des 36 derniers mois, remplir le tableau ci-dessous.

<i>Conducteur 1</i>	<i>Conducteur 2</i>
Date de début d'assurance     _ _   _ _   _ _ _ _ _	Date de début d'assurance     _ _   _ _   _ _ _ _ _
Date de fin d'assurance         _ _   _ _   _ _ _ _ _	Date de fin d'assurance         _ _   _ _   _ _ _ _ _
Nom du dernier assureur : _____	Nom du dernier assureur : _____
N° de contrat : _____	N° de contrat : _____
Coefficient de réduction/majoration acquis : _____ <i>(joindre votre relevé d'informations)</i>	Coefficient de réduction/majoration acquis : _____ <i>(joindre votre relevé d'informations)</i>
Ce contrat a-t-il été : résilié <input type="checkbox"/> suspendu <input type="checkbox"/> annulé <input type="checkbox"/>	Ce contrat a-t-il été : résilié <input type="checkbox"/> suspendu <input type="checkbox"/> annulé <input type="checkbox"/>
Par qui ?                    vous <input type="checkbox"/> l'assureur <input type="checkbox"/>	Par qui ?                    vous <input type="checkbox"/> l'assureur <input type="checkbox"/>
Date                             _ _   _ _   _ _ _ _ _	Date                             _ _   _ _   _ _ _ _ _
Motif                          _____	Motif                          _____

## ■ *la date d'effet de la demande*

- **En cas de souscription d'un nouveau contrat, joindre les documents suivants** : relevé d'informations, photocopie du certificat d'immatriculation et règlement par chèque à l'ordre de LA SAUVEGARDE.
- **Si votre demande concerne une modification, indiquez votre n° de contrat** : \_\_\_\_\_
- **Sous réserve de notre accord et de l'encaissement effectif de votre cotisation si vous souscrivez un contrat, votre demande peut prendre effet au plus tôt** :
- dans l'heure qui suit le dépôt dans une agence GMF,
  - le lendemain à zéro heure du cachet de la poste, en cas d'envoi simple ou recommandé,
  - à 10 heures, le premier jour ouvrable qui suit son dépôt dans la boîte aux lettres d'une agence GMF.
- A quelle date souhaitez-vous que votre contrat prenne effet ?    le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_| à |\_|\_| H|\_|\_|

## ■ *le mode de paiement de la cotisation*

Pour un véhicule de l'Administration :    Annuel

Pour tout autre véhicule :            Annuel

Semestriel

*(la cotisation est alors majorée des frais de fractionnement)*

## ■ *la signature*

---

Les données à caractère personnel vous concernant sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces informations peuvent aussi faire l'objet de traitements aux fins de gestion commerciale, de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, pouvant entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude

Les données sont destinées à la GMF, responsable des traitements et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités contractuellement ou statutairement liées.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en vous adressant par courrier à GMF - 45930 Orléans cedex 9.

En application des dispositions du Code de la Consommation, les consommateurs peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Dans ce cas, la GMF ne pourra pas les démarcher par téléphone sauf s'ils ont communiqué leur n° de téléphone afin d'être recontactés ou sauf s'ils sont titulaires auprès de la GMF d'un contrat en vigueur.

**Je suis avisé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

 Signature