



# Assurance Pécuniaire et Personnelle des Comptables Publics et des Régisseurs

## Demande d'assurance - Demande de modification

### LE SOUSCRIPTEUR

M.  Mme  Mlle  **NOM** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

**Adresse personnelle :** N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal       Commune \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_  Portable \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_\_ N° du poste \_\_\_\_\_ N° du fax \_\_\_\_\_

• Vous **SOUSCRIVEZ** ce contrat : si vous êtes déjà assuré(e) par ailleurs, à la GMF ou à La Sauvegarde, indiquez votre numéro de Sociétaire ou l'un de vos numéros de contrat \_\_\_\_\_

**Sinon**, indiquez votre date de naissance       Votre situation familiale \_\_\_\_\_

• Vous **MODIFIEZ** ce contrat, indiquez son numéro \_\_\_\_\_

### LES INFORMATIONS CONCERNANT LE OU LES RISQUES À ASSURER

**Vous êtes :** Comptable Public  Régisseur

Indiquez le montant du cautionnement exigé (sauf si vous en êtes dispensé par votre administration) \_\_\_\_\_ €

Pour quel montant souhaitez-vous être assuré ? (ce montant doit être au moins égal à celui du cautionnement) \_\_\_\_\_ €

**Nom et adresse de votre employeur** \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal       Commune \_\_\_\_\_

• Êtes-vous **intérimaire** sur ce poste ? OUI  NON

**Si OUI**, indiquez la durée probable de l'intérim ou la durée de prorogation \_\_\_\_\_ (selon celle-ci le contrat sera d'une durée d'un mois, de 2 mois, de 3 mois, de 6 mois ou de 12 mois. Si vous ne connaissez pas la durée, le contrat sera d'une durée de 12 mois et vous aurez la possibilité d'y mettre fin avant l'échéance si vous n'êtes plus responsable du poste).

### LES GARANTIES

Formules de garanties adaptées à votre besoin ⇒

|  | FORMULE 1                | FORMULE 2                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| RESPONSABILITÉ PÉCUNIAIRE ET PERSONNELLE POUR TENUE ET GESTION DE LA COMPTABILITÉ                        | ●                        | ●                        |
| RESPONSABILITÉ PÉCUNIAIRE ET PERSONNELLE POUR RECOUVREMENT DE RECETTES                                   |                          | ●                        |
| RESPONSABILITÉ PÉCUNIAIRE ET PERSONNELLE EN L'ABSENCE DE PRÉJUDICE FINANCIER SUBI PAR L'ORGANISME PUBLIC | ●                        | ●                        |
| PROTECTION JURIDIQUE   | ●                        | ●                        |
| ASSISTANCE   | ●                        | ●                        |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cochez ci-contre la formule souhaitée ⇒

• Avez-vous connaissance d'un fait, d'une réclamation ou d'un litige susceptible de mettre en jeu votre responsabilité pécuniaire ou la garantie Protection Juridique ? OUI  NON

**Si OUI**, précisez quel fait ou réclamation et à quelle date

\_\_\_\_\_



## LES ANTÉCÉDENTS

- S'agit-il d'une première assurance ? OUI  NON

Indiquez le nom de l'assureur actuel ou précédent \_\_\_\_\_ Le numéro de contrat \_\_\_\_\_

- Avez-vous résilié ce contrat ? OUI  NON  **Si OUI**, pour quel motif \_\_\_\_\_

- Votre assureur a-t-il résilié ce contrat ? OUI  NON  **Si OUI**, à quelle date

Est-ce pour : non paiement  sinistre  autre motif  \_\_\_\_\_

- Avez-vous déclaré un ou des sinistres au cours des 36 derniers mois ? OUI  NON  **Si OUI**, indiquez le nombre de sinistre(s) \_\_\_\_\_

| DATE DU/DES SINISTRES | NATURE DU/DES SINISTRES | COÛT DU/DES SINISTRES |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| _____                 | _____                   | _____                 |
| _____                 | _____                   | _____                 |
| _____                 | _____                   | _____                 |

## LA DATE D'EFFET DU CONTRAT OU DE LA MODIFICATION

- 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 au guichet de l'une de nos Agences 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 une boîte aux lettres de l'une de nos Agences GMF.

À quelle date souhaitez-vous que **votre demande** prenne effet ?       Date d'échéance demandée

- Si votre demande concerne une modification**, n'adressez pas de règlement et indiquez-nous (**sous réserve de notre accord**) à quelle date vous souhaitez que votre modification prenne effet

## LE MODE DE PAIEMENT DE LA PREMIÈRE COTISATION

Je joins un chèque de \_\_\_\_\_ € à l'ordre de GMF Assurances.

- Fréquence de paiement choisie : semestrielle  annuelle

## POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par la GMF et le groupe Covéa, auquel elle appartient, responsables de traitement.

Le groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre de réaliser des opérations de prospection commerciale et vous proposer le service ou le produit le plus adapté à vos besoins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles et d'opposition à la prospection commerciale. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : GMF - Protection des données personnelles - 45930 Orléans cedex 9, ou [protectiondesdonnees@gmf.fr](mailto:protectiondesdonnees@gmf.fr). Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site [gmf.fr](http://gmf.fr), page "Données personnelles".

## VOTRE SIGNATURE

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

Visa ou Code Origine       Date et heure de dépôt ou de réception