

Loueur souscripteur :

Société :

Tel :

Fax :

Mail :

Adresse

Code Postal | | | | | Commune :

Le conducteur locataire : Toute personne de plus de 16 ans et moins de 75 ans

Attention ! : A partir de 75 ans et jusqu'à 80 ans, location autorisée sur présentation d'un certificat médical d'aptitude à la conduite, datant de moins de 15 jours à dater du jour de location, **à produire en cas de sinistre**

Attention ! Le B.S.R. (Brevet de Sécurité Routière **option quadricycle léger**), est obligatoire pour tous les conducteurs qui sont nés après le 31/12/1987, âgés de 16 ans **ou plus** et qui n'ont pas (ou plus) le permis de conduire, **à produire en cas de sinistre**

Le Véhicule à garantir : (Propriété du loueur) :

Marque :

Modèle :

Type mines :

Immatriculation :

Puissance Fiscale :

CV

Date de 1ere mise en circulation :

/ /

Date d' effet et fractionnement :

Date de prise d'effet souhaitée	Fractionnement
Jour / Mois / Année Heure / /	r Annuel : 1 856 € TTC r Semestriel : 970€ TTC r Mensuel : 167 € TTC Prélèvement mensuel. (Le premier trimestre est payable par chèque à l'ordre de Carene Pactoffice)

Formule de garantie (Unique) Franchise 2.000 €

«Tous risques»	
. Responsabilité Civile	. Vol, Incendie (Franchise 2.000 €)
. Défense & Recours	. Bris de glaces
. Garantie personnelle du conducteur	. Dommages Tous Accidents (Franchise 2.000 €)
(Tous usages) Zone tarif : France métropolitaine hors CORSE	

Les garanties seront souscrites auprès de La Parisienne Assurances, Entreprise privée régie par le Code des Assurances - Siège social : 30, rue des Epinettes 75 017 Paris - Société Anonyme au capital de 4 397 888 €. Le proposant certifie que les renseignements ci-dessus qui serviront à l'établissement du contrat sont à sa connaissance exacts.

Toutes réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte pourrait entraîner la nullité du contrat ou exposer l'assuré à supporter la charge de tout ou partie des indemnités résultant d'un sinistre automobile (art L113.8 & L 113.9 du code des assurances). Le proposant reconnaît que la présente demande de garantie vaut proposition d'assurance et que l'acceptation du risque par l'Assureur est déterminée par les déclarations et informations ci-dessus.

Fait à

le

Signature du loueur proposant :

Offre valable jusqu'au 31/12/2012

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 ☐

À Pour assurer votre voiture sans permis adressez nous par fax au 04 72 40 99 96 :

- . Cette **demande de garantie** complétée et signée par le proposant
- . La photocopie lisible de la **carte grise** au nom du proposant
- . La copie du **chèque** (ordre Pactoffice) correspondant au fractionnement choisi (1.852 €, si annuel ou 961 €, si semestriel ou 166 € si mensuel)
- . L'**autorisation de prélèvement** complétée et signée & le **R.I.B.** (si fractionnement mensuel)

Vous recevrez (par fax et courrier) la carte verte temporaire confirmant la garantie.

A réception des documents originaux et du chèque de règlement le loueur recevra la carte verte définitive, le contrat et les conditions générales.

B.P 5004 9 place Benoît Crépu 69245 Lyon Cedex 05 Tél. 04 72 41 13 54 Fax 04 72 40 99 96

office-assurance@pactoffice.fr

www.pactoffice.fr

SIEGE SOCIAL : CARENE ASSURANCES - SOCIETE DE COURTAGE D'ASSURANCE - 53 RUE D'AUTEVILLE 75010 PARIS
SA AU CAPITAL DE 7 028 389 € - 652 044 249 RCS PARIS - ORIAS N° 07 000 004 - WWW.ORIAS.FR - TVA INTRACOMMUNAUTAIRE FR10652044249
ENTREPRISE SOUMISE AU CONTRÔLE DE L'AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL (ACP) 61 RUE TAITBOUT 75436 PARIS CEDEX 09
GARANTIE FINANCIERE ET RC PROFESSIONNELLE CONFORMES AUX ARTICLES L 512.6 ET L 512.7 DU CODE DES ASSURANCES

Demande de prélèvement à adresser à Carene [pactoffice](#)

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION DU DEBITEUR			

COMPTE A DEBITER			
Code Etabliss.	Code Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

Date :

Signature :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Carene Pactoffice BP 5004 69245 Lyon cedex 05

NOM ET ADRESSE de l'établissement Teneur du Compte à débiter

Prière de renvoyer cet imprimé à Carene [Pactoffice](#), le créancier, en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE) en précisant bien [l'adresse de l'agence bancaire](#)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 88-10 du 1/4/80 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

"

Autorisation de prélèvement à adresser à [votre banque](#)

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
510861

NOM ET ADRESSE DE FACTURATION DU DEBITEUR			

COMPTE A DEBITER			
Code Etabliss.	Code Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

Date :

Monsieur,

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Carene Pactoffice BP 5004 69245 Lyon cedex 05

NOM ET ADRESSE de l'établissement Teneur du Compte à débiter