

BULLETIN D'ADHÉSION

Individuelle accident complémentaire Licence FFCO - MMA n°147 257 038

NOM :	.....
PRENOM :	.....
ADRESSE :	.....
VILLE :	.....
CODE POSTAL :	.....
NE (E) LE :	.....
TEL :	.....
MAIL :	.....
NOM DU CLUB :	.....
ACTIVITE SPORTIVE PRATIQUEE :	.....

Vous désirez souscrire l'assurance optionnelle proposée par votre club dans le cadre de la licence FFCO

si mineur, représenté par mes parents Mr et Mme _____ signataires de la présente,

Certifie avoir pris connaissance des garanties minimum d'assurance de personnes accordées dans le cadre de la Licence FFCO police n° 147 257 038 et de l'intérêt que j'aurais à souscrire aux **garanties complémentaires «individuelle accident» qui me sont proposées.**

A/ Je désire souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes

qui me sont proposées couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique des activités sportives garanties.

Je fais mon affaire personnelle de l'envoi du bulletin d'adhésion par mail contact@assur-connect.com

Choix de la Formule:

Formule 1 – tarif = 6,00 € TTC / adhérent

Formule 2 – tarif = 9,00 € TTC / adhérent

En complément des garanties de bases accordées par l'adhésion au club : se référer au tableau de garanties ci-dessous

La garantie prendra effet le jour de la réception par le club du présent bulletin accompagné du règlement.

Le Club s'engage à transmettre chaque adhésion dans les 48h accompagnée du règlement correspondant par virement selon RIB en annexe.

La garantie sera acquise de la date de réception jusqu'au 31 aout de l'année suivante.

Le bulletin d'adhésion tiendra lieu d'attestation d'assurance.

B/ Je ne désire pas souscrire à la formule complémentaire d'assurances de personnes

qui me sont proposées couvrant les dommages corporels auxquels je suis exposé dans la pratique sportive proposée.

Pour le licencié :

Fait à _____ Le _____ Signature

Pour le club :

Nom du club : _____

Fait à _____ Le _____ Signature

Tableaux de garanties Accidents corporels :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	De base	Option 1	Option 2	
FORMULE				
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS				
DECES	10 000 EUR (1)	25 000 EUR (1)	35 000 EUR (1)	
Majoration du capital :				
- si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé)	5 000 EUR	5 000 EUR	5 000 EUR	
- par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)	5 000 EUR	5 000 EUR	5 000 EUR	
INVALIDITE PERMANENTE				
Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	20 000 EUR (1)	50 000 EUR (1)	75 000 EUR (1)	Franchise relative de 10%
INDEMNITE SUITE A COMA				
Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITE TEMPORAIRE				
	Néant	30 €/jour pendant 365 jours	50 €/jour pendant 365 jours	30 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS				
(sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	2 000 EUR	2 000 EUR	5 000 EUR	Néant
<u>Avec une sous-limite de :</u>				
- Frais hospitaliers	Selon montant légal			Néant
- Chambre particulière.....	30 EUR / jour, maxi 30 jours			Néant
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	300 EUR (2)	300 EUR (2)	500 EUR (2)	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	160 EUR (2)	160 EUR (2)	265 EUR (2)	Néant
- Prothèse auditive, par appareil (forfait).....	800 EUR (2)	800 EUR (2)	1 328 EUR (2)	
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles,...)	1 000 EUR (2)	1 000 EUR (2)	1 660 EUR (2)	
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 EUR			

(1) Garantie maximum 1 525 000 euros en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré