

NOM _____ PRENOM _____
 ADRESSE _____
 VILLE _____ CODE POSTAL _____
 NE (E) _____ SEXE _____ NATIONALITE _____
 TEL _____ PORTABLE _____ EMAIL _____
 NUMERO DE LICENCE F.F.C. _____

GARANTIES DE BASE ET GARANTIES COMPLEMENTAIRES OPTIONNELLES INDIVIDUELLE ACCIDENT
(contrat AL 633 757)

Attention : LE LICENCIÉ PERDRA LE BÉNÉFICIAIRE DE LA GARANTIE DE SES DOMMAGES CORPORELS SI AU MOMENT DE L'ACCIDENT IL NE PORTAIT PAS SON CASQUE, SAUF SI LES BLESSURES SONT SANS RELATION AVEC L'ABSENCE DE CASQUE



PLAFOND DE GARANTIES ACCORDEES PAR ACCIDENT EN CAS DE :	RAPPEL DES GARANTIES DE BASE INCLUSES DANS LA LICENCE	+ PLAFOND DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES (recommandées)			
		MAILLOT BLANC	MAILLOT VERT	MAILLOT JAUNE	MAILLOT ARC-EN-CIEL
DECES ⇒ Majoration en cas de mariage, PACS ou vie maritale ⇒ Majoration par enfant légitime, reconnu ou adopté (mineur ou à charge fiscalement)	10.000 € 5.000 € 5.000 €	35.000 € NEANT NEANT	25.000 € NEANT NEANT	35.000€ NEANT NEANT	35.000€ NEANT NEANT
INVALIDITE PERMANENTE ● ⇒ de 0 à 19 % ⇒ de 20 à 34 % ⇒ de 35 à 49 % ⇒ de 50 à 65 % ⇒ de 66 à 100 % sans nécessité d'une tierce personne ⇒ de 66 à 100 % avec nécessité d'une tierce personne	50.000 € 70.000 € 100.000 € 300.000 € 500.000 € 750.000 €	70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 €	50.000 € 50.000 € 50.000 € 50.000 € 50.000 € 50.000 €	70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 €	70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 € 70.000 €
REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX ● (pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier, de premier transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier) . Soins prescrits médicalement et non pris en charge par la Sécurité Sociale . Remboursement des frais pour les licenciés ne bénéficiant pas de la Sécurité Sociale ou la C.M.U. . Soins dentaires et prothèses . Bris de lunettes ou lentilles correctrices	150% de la base de remboursement Sécurité Sociale 200 € par accident 200 € par accident 500 € par accident 200 € par accident	NEANT NEANT	5.000 € par accident 200 € par accident 200 € par accident 500 € par accident 200 € par accident	5.000 € par accident 200 € par accident 200 € par accident 500 € par accident 200 € par accident	5.000 € par accident 200 € par accident 200 € par accident 500 € par accident 200 € par accident
INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS DE PERTE DE SALAIRE DUMENT JUSTIFIEE (indemnisation à partir du 15 ^{ème} jour d'arrêt et pendant 180 jours maximum)	NEANT	NEANT	10€/jour	15€/jour	60€/jour
COTISATION ANNUELLE TTC <i>Ramenée pour les titulaires d'une licence accueil ou d'une carte à la journée</i>		10,85 € 7,25 €	21,70 € 14,50 €	31 € 20,50 €	72 € Non disponible

● Indemnisation égale au capital de la tranche multiplié par le taux d'invalidité, déterminé en fonction du barème Accidents du Travail selon Code de la Sécurité Sociale
 ● En complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre organisme ou régime de prévoyance

GARANTIES COMPLEMENTAIRES OPTIONNELLES INDIVIDUELLE ACCIDENT CONTRAT AL 633 757

Choix de la formule : maillot blanc maillot vert maillot jaune maillot arc-en-ciel

Montant de la cotisation annuelle :€

ASSURANCE DE VOTRE BICYCLETTE CONTRAT AL 640 061

Nous vous proposons une assurance couvrant les risques liés à votre bicyclette dans les conditions suivantes :

- Dommages résultant d'accidents (franchise de 10% des dommages avec un minimum de 110€)
- Dommages résultant de la disparition de la bicyclette par suite de vol ou tentative de vol (franchise de 10% du montant des dommages avec un minimum de 174€).

Choix de la formule (cocher les options choisies) : avec compétition sans compétition / avec vol sans vol

Valeur de la bicyclette (hors éventuelle remise) :€

Il est possible de garantir jusqu'à trois cycles sur le même contrat. Si vous souhaitez garantir plusieurs cycles, merci de contacter Capdet-Raynal.

La cotisation est fonction de la Valeur du cycle assuré, y compris équipements et accessoires	HORS COMPETITION		AVEC COMPETITION	
	BRIS SEUL	BRIS L ET VOL	BRIS SEUL	BRIS L ET VOL
DE 0 € A 2 500 € - COTISATION MINI 40 €	4 %	6 %	4,8 %	7,2 %
DE 2 501 € A 5 000 €	3,5 %	5,5 %	4,2 %	6,6 %
DE 5 001 € A 10 000 €	3%	5 %	3,6 %	6 %
AU DELA DE 10 000 €	Nous consulter	Nous consulter	Nous consulter	Nous consulter

Montant de la cotisation annuelle :€

Merci de joindre obligatoirement une copie de la facture ou attestation de valeur d'un vélociste et une photographie du cycle si la valeur excède 2 500 €

MONTANT GLOBAL DES COTISATIONS :€

Ce bulletin d'adhésion accompagné du règlement à l'ordre de CAPDET-RAYNAL est à adresser ci-dessous:

Fait à _____

Loi Informatique et Libertés : Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé auprès de la Direction Générale de la FFC.

Le ____/____/20____