

## Bulletin d'adhésion Garantie Individuelle Accident- Complémentaire

Contrat d'assurance collectif de prévoyance réservé aux adhérents de l'association FEKM-RD-secteur France auprès de la compagnie AXA France, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex, en cas de dommages corporels suite à un accident de sport survenu dans le cadre de la pratique du Krav-Maga.

Assuré : M.  Mme

Nom : ..... Prénoms : .....

Adresse : ..... Ville : .....

Code postal : ..... e-mail : .....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Date de naissance : .....

Option	Capital décès	Capital Invalide 100%	Indemnités journalières (*)	Frais médicaux et hospitalisation	Cotisation TTC	A cocher
1	10 000,00€	30 000,00€	--		8,00€	<input type="checkbox"/>
2	15 000,00€	30 000,00€	--		9,00€	<input type="checkbox"/>
3	30 000,00€	60 000,00€	--		18,00€	<input type="checkbox"/>
4	50 000,00€	100 000,00€	--		30,00€	<input type="checkbox"/>
5	--	--	10€/jour		20,00€	<input type="checkbox"/>
6	--	--	20€/jour	+ 500€	30,00€	<input type="checkbox"/>
7	--	--	--		5,00€	<input type="checkbox"/>

- (\*) Indemnités journalières : 30 jours de franchise et ensuite 365 jours d'indemnisation
- (\*) Indemnité journalière SS : 50% du salaire plafonné à 1,8 \* le smic mensuel soit 2738,20/mois

Désignation du bénéficiaire en cas de décès :  
 Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux.  
 Autres : .....

Période de validité : 01/09/2021 au 31/08/2022

Je soussigné déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat. Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un handicap.  
 L'adhérent a rempli le présent bulletin dans le but de :

- Adhérer à l'une ou plusieurs des 7 options ci-dessus : Option(s) .....+ ..... = .....€
- Ne pas adhérer.

Fait à ..... le ..... Signature de l'adhérent



En majuscules et au stylo à bille. Merci !

Club : .....

Renouvellement de licence :  Oui  Non

Adresse e-mail : .....@.....

Mme  M Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ...../...../.....

Adresse postale : n° : .....  
 .....  
 .....  
 Code postal : ..... Ville : .....

**Le soussigné déclare** (merci de cocher les cases) :

- consentir** à l'utilisation par la FEKM-RD et son secteur France de ses données personnelles nécessaires à la bonne gestion par la FEKM-RD et son secteur France dans la pratique du Krav-Maga (p. 1) ;
- adhérer à l'assurance** « garanties de base » proposée par la FEKM-RD-secteur France ;
- régler la somme de 33€ TTC (30€ licences + 3 € assurance) ;
  - **avoir pris connaissance** des informations relatives à la notice d'assurances et des garanties complémentaires (p. 5 à 7).

Faire précéder de la mention « Lu et approuvé ». Signature de l'adhérent ou de son représentant légal

Date / /