



# BULLETIN D'ADHESION ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS BENEVOLES NON LICENCIES

Valant conditions particulières - Contrat 7467541404 souscrit par WTW auprès de Axa France IARD

**Bulletin à compléter, signer et envoyer, accompagné du chèque de règlement libellé à l'ordre de WTW à l'adresse suivante :  
WTW Département Sport : Tour HEKLA, 52 avenue du général de Gaulle 92800 PUTEAUX CEDEX.  
09 72 72 01 38 - [ffc@wtwco.com](mailto:ffc@wtwco.com)**

## L'ADHÉRENT ORGANISATEUR

Nom du club : .....

Nom et Prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... Mail : ..... @ .....

GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENTS	OPTION 1	OPTION 2	ASSISTANCE	PERTE DE REVENUS
<b>DECES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Majoration en cas de mariage, PACS ou Vie Maritale</li> <li>Majoration par enfant légitime reconnu ou adoptif mineur ou majeur fiscalement à charge</li> </ul>	10 000 €	+5 000 €		
<b>INVALIDITE PERMANENTE</b>	100 000€	300 000€		
<b>FRAIS MEDICAUX</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation, forfait journalier et frais de premier transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier</li> <li>Soins prescrits médicalement et non pris en charge par la Sécurité Sociale</li> <li>Frais pour les assurés ne bénéficiant pas de la SS ou de la CMU</li> <li>Soins et prothèses dentaires</li> <li>Bris de lunettes ou de lentilles correctrices et prescrites médicalement</li> </ul>	150% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	200 € par accident		NEANT
<b>ASSISTANCE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistance aux personnes en cas de maladie ou blessure</li> <li>Prestations d'assistance en cas de décès</li> <li>Assistance déplacements</li> </ul>	NEANT		<b>OUI</b>	NEANT
<b>PERTE DE REVENU</b> Indemnités Journalières en cas de perte de salaire ou de revenus dûment justifiée <small>*la perte de salaire ou de revenus est la différence entre le revenu net mensuel du dernier avis d'imposition au jour de l'accident et le revenu de remplacement mensuel (indemnités journalières de la sécurité sociale, employeur ou toute prestation d'organisme complémentaire) perçu pendant la période d'incapacité</small>	NEANT		NEANT	<b>10 € / jour</b> à partir du 14 <sup>ème</sup> jour, pendant un maximum de 180 jours

## TABLEAU DES COTISATIONS

NOMBRE DE BENEVOLES A ASSURER	OPTION 1	OPTION 2	ASSISTANCE	PERTE DE REVENUS
Jusqu'à 10 bénévoles non licenciés	<b>114 €</b>	<b>168 €</b>	<b>9 €</b>	<b>99 €</b>
Par dizaine supplémentaire	<b>72 €</b>	<b>105 €</b>	<b>9 €</b>	<b>60 €</b>

## VOS BENEVOLES

La garantie est annuelle. Nous vous invitons à vous baser sur la manifestation lors de laquelle vous utilisez le plus de bénévoles non licenciés

NOMBRE DE BENEVOLES A ASSURER :

CHOIX DES OPTIONS	<input type="radio"/> OPTION 1	<input type="radio"/> OPTION 2	<input type="radio"/> ASSISTANCE	<input type="radio"/> PERTE DE REVENUS
<b>TOTAL DE LA COTISATION à l'ordre de WTW:</b>	.....€			

**Exemple de prime : 30 bénévoles, option 1 et perte de revenus : prime = (114+99) + (72+60) x 2 = 477 €.**

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de la relation font l'objet d'un traitement automatisé destiné aux activités des entités de notre groupe et à ses partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et sous-traitants. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'opposition sur ces informations conformément à l'article « Informatique et Liberté » de nos Conditions générales.

L'adhérent reconnaît avoir reçu et pris connaissance des Conditions générales téléchargeables sur le site [www.ffc.fr](http://www.ffc.fr)

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du représentant du club