

# BULLETIN D'ADHÉSION



## Pour l'option « garanties complémentaires » du contrat accidents corporels Entreprise régie par le code des assurances.

### Option « garanties complémentaires »

Vous souhaitez bénéficier de cette option, pour cela, il vous suffit de remplir, dater et signer le bulletin d'adhésion ci-dessous et de le renvoyer accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de David Degroise, Agent Général ALLIANZ à l'adresse précisée ci-dessous.

Les garanties (1)	Option 1	Option 2	Option 3
✓ Indemnités Journalières (2)	0 €	30,49 €	45,74 €
✓ Capital Invalidité Permanente Totale	60 980 €	45 735 €	60 980 €
✓ Capital Décès	45 735 €	30 490 €	45 735 €
✓ Cotisation Joueur TTC (tarif pour la saison en cours)	52,44 €	71,19 €	107,63 €

(1) Les montants de l'option choisie annulent et remplacent ceux attribués d'office par le contrat de la Fédération. Ces options ne peuvent pas être souscrites par des personnes de 60 ans et plus.

(2) Cette garantie ne peut pas être accordée aux personnes n'exerçant pas un travail rémunéré. Les indemnités journalières sont payées pour la durée de l'incapacité temporaire totale et au maximum pour 365 jours répartis sur 2 ans à partir du 1er jour de versement avec une franchise de 7 jours.

Ce contrat est conclu pour la durée de la saison en cours à compter de la date de réception du chèque et sans tacite reconduction. Le présent feuillet ayant valeur d'assurance.

Une copie (à garder) de ce bulletin signée par ALLIANZ vous sera renvoyée.

Je soussigné(e), confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées dans le bulletin ci-dessous et demande à être assuré(e) sur la base de celles-ci. Un exemplaire des Conventions Spéciales de ce contrat vous sera envoyé à réception du bulletin d'adhésion.

Les informations contenues dans le présent document sont destinées aux seuls traitements nécessaires à la souscription et à la gestion du présent contrat conformément à la loi 78-17060178. Vous pouvez demander communication des renseignements vous concernant et le cas échéant les faire rectifier.

**Bulletin d'adhésion à retourner à : Allianz – Assurances Degroise**

**16 rue des Carabiniers de Monsieur**

**BP 183 – 49415 Saumur cedex**

Nom .....

Prénom .....

Né(e) le ..... Profession .....

N° ..... Rue .....

Lieu-dit .....

Code Postal ..... Commune .....

N° de l'Option choisie : .....

Date ..... Le Souscripteur ..... Pour la Compagnie .....