



## **SAISON 2018/2019**

**Nom - Prénom**

**Date de naissance**

**Adresse postale**

**Code postal**

**Commune**

**Numéro de portable :**

**Numéro de téléphone de la personne à appeler en cas d'URGENCE**

**Adresse mail :** \_\_\_\_\_ @

**Numéro de permis de conduire :**

---

### **Cotisation**

Le montant de l'adhésion est de **35€** à régler par chèque à l'ordre de **Courir à Ploudal** et à joindre à Patrick (trésorier) avec le bulletin ci-contre.

Une assurance individuelle optionnelle « Assurance accidents corporels » vous est proposée au tarif de 7€ par Groupama, où le club a déjà une police d'assurance. (voir ci-dessous)

Souhaitez-vous prendre l'assurance optionnelle ?      oui    -    non

Montant total de votre adhésion :

Date et signature :

## Certificat médical

Je, soussigné Docteur ....., Docteur en médecine

Certifie que l'examen de M/Mme .....

Date de naissance : .....Age : .....

Ne relève pas de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Certificat établi à : .....

Date : .....

Signature du Médecin :

Cachet du Médecin

*Certificat médical, fiche de renseignements à remettre Patrick en même temps que le chèque de cotisation de 35€ (+7€ si souscription à l'assurance) pour la saison 2016-2017*

## ACCIDENTS CORPORELS MEMBRES SPORTIFS

### Bulletin d'adhésion

Nom de l'Association : \_\_\_\_\_

N° Sociétaire : \_\_\_\_\_

### MONTANTS GARANTIS ET FRANCHISES 2016 - Option 2

Montants indexés suivant l'évolution de l'indice AGIRC = 0,435 au 01/04/2015

GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES par sinistre		FRANCHISES PAR SINISTRE
<b>Prestations de base</b>			
• Décès	9 479 €		Le taux d'invalidité doit être supérieur à 10 % (sauf pour les associations sportives)
• Incapacité	18 959 €		
• Décès et incapacité d'une personne âgée de plus de 70 ans	Indemnités prévues ci-dessus réduites de moitié		
• Frais dentaires	69,40 € par dent	à concurrence de 1 160 €	Sans
• Articles d'optique	93,21 € par article d'optique		
• Arrêt de travail supérieur ou égal à 90 jours	10 % du montant du capital souscrit en cas d'incapacité		
• Frais de recherche	5 443,29 €		
<b>Prestations complémentaires</b>			
• Frais de soins	568 €		Sans
• Arrêt de travail inférieur ou égal à 90 jours	8 € par jour		15 jours
<b>Tarif annuel TTC 2016 : 7 € par adhérent (sports ordinaires)</b>			

Monsieur - Madame <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

né(e) le

souhaite - ne souhaite pas <sup>(2)</sup> souscrire la garantie accidents corporels ci-dessus énoncée.

Fait à \_\_\_\_\_, le

Signature

\* Pour connaître le détail des garanties, limites et franchises, se reporter aux conditions générales et tableau des montants de garantie et franchises du contrat Groupama Affinités. Renseignements disponibles auprès d'un chargé de clientèle.

Les données personnelles concernant les adhérents sont traitées par l'Assureur dans le respect de la Loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire aux demandes d'adhésion, à la gestion du contrat et des garanties. Elles sont destinées aux services internes de l'assureur.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition en vous adressant par courrier à Groupama Loire Bretagne, Correspondant CNIL, 23 boulevard Solférino 35012 Rennes cedex.

Vous reconnaissez avoir reçu un double et pris connaissance du présent document ainsi que des conditions générales du contrat Groupama AFFINITES remis par l'assureur.



Vos applications mobiles :  
- Groupama Toujours là  
- Groupama Banque  
- Agence PRO



Les réseaux sociaux :  
f YouTube  
in



Votre espace client sur  
www.groupama.fr



groupama-fil@  
groupama-loire-bretagne.fr



Coût d'un appel local ou gratuit selon votre abonnement



297 agences et 2 150 collaborateurs proches de vous