



# **ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE proposée aux adhérents de la FCD**

Fédération des Clubs de la Défense  
16 bis, avenue Prieur de la Côte d'or  
CS 40 300 - 94114 Arcueil cedex



# GARANTIES ET FORMULES PROPOSÉES

## Saison : 2018/2019

Nous vous proposons de compléter les Garanties Individuelle Accident souscrites par la FCD dont vous bénéficiez au titre de votre licence fédérale par les formules suivantes :

GARANTIES	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3
• <b>Décès</b> (capital)	9 147 €	15 245 €	15 245 €
• <b>Invalidité Permanente Totale</b> (capital)	18 294 €	30 490 €	45 735 €
	Franchise relative 8 %		
• <b>Indemnité Journalière</b> suite à arrêt de travail	15,24 €/jour 1 an maximum	18,30 €/jour 1 an maximum	30,49 €/jour 1 an maximum
	Franchise 7 jours		

Période de validité : de la date de souscription au 31 août 2019.

# **A**SSURANCE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE POUR LES ADHÉRENTS DE LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

Demande d'assurance

Saison 2018/2019

➤ À retourner accompagnée du règlement à : FCD

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'or  
CS 40 300 - 94114 Arcueil cedex

## LE SOUSCRIPTEUR

Club d'affiliation \_\_\_\_\_ N° de licence \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle  **NOM** \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Lieu-dit \_\_\_\_\_ Code postal

Commune \_\_\_\_\_ 

## L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE

- Les formules ci-dessous prévoient les capitaux Décès et Invalidité Permanente Totale suivants ainsi qu'une indemnité journalière en complément des garanties prévues au titre de la licence FCD.
- Je coche la formule que je désire souscrire.

GARANTIES	FORMULE 1 <input type="checkbox"/>	FORMULE 2 <input type="checkbox"/>	FORMULE 3 <input type="checkbox"/>
• <b>Décès</b> (capital)	9 147 €	15 245 €	15 245 €
• <b>Invalidité Permanente Totale</b> (capital)	18 294 €	30 490 €	45 735 €
	Franchise relative 8 %		
• <b>Indemnité Journalière</b> suite à arrêt de travail	15,24 €/jour 1 an maximum	18,30 €/jour 1 an maximum	30,49 €/jour 1 an maximum
	Franchise 7 jours		

COTISATIONS ANNUELLES T.T.C. Valables jusqu'au 31/08/2019	28 €	38 €	43 €



## LA DATE D'EFFET, LA DURÉE DU CONTRAT ET LE PAIEMENT DE LA COTISATION

- Je demande que le contrat prenne effet le       à zéro heure jusqu'au 31 août prochain, **sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation.**
- Je joins un paiement de \_\_\_\_\_ € réglé par chèque bancaire à l'ordre de la FCD.

## VOTRE SIGNATURE

Les données à caractère personnel concernant le souscripteur sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces informations peuvent aussi faire l'objet de traitements aux fins de gestion commerciale, de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, pouvant entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à la GMF, responsable des traitements et pourront être transmises,

dans les limites de leurs habilitations, aux entités contractuellement ou statutairement liées.

Le souscripteur dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier à GMF - 45930 Orléans cedex 9.

**Le souscripteur est avisé des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

 Signature