



BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION 2019

1^{ère} Licence FFCT à partir du 1 septembre 2018

Licence : Choisissez votre formule de licence en cochant la case **choix**.

Certificat médical de non contre indication (**CMNCI**) à la pratique du cyclisme est obligatoire

- Pour tout nouvel adhérent 1^{ère} licence FFCT
- tous les ans pour la licence **Vélo sport**
- tous les 5 ans pour la licence **Vélo Rando**. Entre temps les réponses au questionnaire de santé QS SPORT devront être négatives.

CHOIX FORMULE LICENCE FFCT (2)

Vélo Rando
Pratique Régulière

Vélo Sport
Pratique Cyclosportive

Certif Médical (-5ans) Date

Certif Médical Annuel Date

Nom	Prénom	Né/née le		

Adresse :

N° Tél :

N° Portable :

Ville :

Code postal

Mail :

@

ADHÉSION et LICENCE FFCT

Le prix comprend l'adhésion au club qui est de 5€ pour les jeunes de moins de 25 ans et 12€ pour les adultes de plus de 25 ans et la licence FFCT avec assurance.

	FFCT Petit Braquet (2)	FFCT Grand Braquet (2)	CHOIX
ADULTE sans revue	56	104	
JEUNE : moins de 18 ans Licence Vélo rando sans revue	17	65	
de 18 à 25 ans	34	82	
FAMILLE 1 ^{er} Adulte sans revue	56	104	
(1) 2 ^e Adulte	41	89	
Jeune moins de 18 ans Licence Vélo Rando	12	60	
Jeune de 18 à 25 ans	28	76	
REVUE « CYCLOTOURISME » 11 numéros par an	25		

(1) même adresse (2) cochez ou entourez la formule choisie (3) 1^{ère} licence FFCT

PRIX TOTAL

CARTE de MEMBRE pour un licencié(e) FFCT dans un autre club

Prix 12€

Club : N° Licence FFCT : (Fournir une photocopie de la licence)

En adhérant au club :

Je m'engage à respecter le Code de la route et déclare avoir pris connaissance et accepter les règlements du club et de la FFCT

J'autorise la publication de ma photo sur tout support de communication, journal, site (**)

J'autorise la communication de mes coordonnées aux adhérents du club (**sauf refus particulier signifié par écrit au Bureau)

Je fournis un **certificat médical de moins de 12 mois (1^{ère} licence FFCT ou licence Vélo Sport)**

(2) Ou

J'atteste sur l'honneur avoir renseigné le **questionnaire de santé** (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club. J'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive (**licence Vélo Rando avec CM moins de 5ans**)

Fait à :

le

Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs :

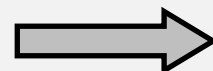
Je soussigné M/Mme _____ autorise mon fils / ma fille _____

à adhérer au Club Cyclo du Pays d'Olmes et à participer à ses activités.

Signature :

Assurances : voir notice assurance Allianz à compléter et signer au dos du bulletin

Questionnaire de santé (QS SPORT) ci-joint à remplir et conserver chez soi



A transmettre dans les meilleurs délais avec le chèque correspondant à l'ordre du Club Cyclo Pays d'Olmes à Bernard Rauzy 13 rue Jean-Baptiste Clauzel Lavelanet ou Yves Pivetta 6 cité G. Fauré Lavelanet

(Conformément aux articles L321-1, L321-4, L321-5 et L321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Fédération française de cyclotourisme

Cette notice vous est remise par la Fédération dont vous êtes membre afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la Défense pénale et Recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne souscrites et qui vous sont proposées par la Fédération ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

En choisissant sa Formule d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet
Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise
Décès accidentel	Non acquise	5 000 €	15 000 €
Décès ACV/AVC ⁽¹⁾ :			
• En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans	Non acquise	1 500 €	2 500 €
• En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans	Non acquise	3 000 €	7 500 €
Incapacité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	Non acquise	30 000 € versé en totalité si taux d'invalidité ≥ 66 %	60 000 € versé en totalité si taux d'invalidité ≥ 66 %
Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité sociale, dont :	Non acquise	3 000 €	3 000 €
• Prothèse dentaire :			
- par dent (maxi 4)		250 €	250 €
- bris de prothèse		500 €	500 €
• Lunette :			
- par verre		120 €	120 €
- par monture		200 €	200 €
• Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500 €	500 €
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000 €	3 000 €
Assistance dont :	Non acquise		
• Rapatriement		Frais réels	Frais réels
• Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000 €	10 000 €
• Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000 €	3 000 €
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :	Non acquise		Franchises
• Casque		80 €	80 €
• Cardio-fréquencemètre (à fonction exclusive)		100 €	100 €
• Équipements vestimentaires		Non acquise	160 €
• GPS (à l'exclusion du Smartphone)		Non acquise	300 €
• Dommages au vélo y compris catastrophes naturelles		Non acquise	1 500 €

(1) Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

Attention : Le licencié Vélo-Balade Fédération ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- Les accidents, maladies et infirmités survenus ou dont l'assuré avait connaissance avant la prise d'effet du contrat, ainsi que leurs suites, conséquences ou aggravations ;
- Les suites, conséquences ou aggravations d'un état traumatique résultant de :
 - votre état alcoolique temporaire (taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal) ou chronique, l'usage de stupéfiants, barbituriques et tranquillisants hors prescription médicale, de stimulants, anabolisants et hallucinogènes,
 - votre participation à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à un crime ou à un délit intentionnel, à des émeutes ou mouvements populaires et toute faute intentionnelle ou dolosive de votre part ou de celle du bénéficiaire,
 - la tentative de suicide, le suicide ;
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics ;
- Les frais de voyage, de séjour et de cure dans les stations balnéaires, thermales ou climatiques ;
- Les accidents relevant de la législation du travail.

Pour plus d'informations sur les garanties, vos obligations en cas de sinistre, renseignez-vous auprès de votre Club.

A COMPLETER et TRANSMETTRE AU CLUB

Les garanties optionnelles proposées

si l'option est souscrite auprès du Club (bulletins N° 1 et N° 2 Annexe 2) :

Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'Assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30 € par jour, à compter du 4^{ème} jour d'arrêt et ce jusqu'au 365^{ème} jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'Assuré (salaires, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'Assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30 € par jour, à compter du 4^{ème} jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 25 € TTC en complément des formules Petit Braquet et Grand Braquet

Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000 €
Incapacité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000 €*

* En cas d'invalidité permanente partielle le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

Cotisation : 20 € ou 40 € pour capitaux ci-dessus doublés

Garanties des Accidents de la Vie privée (Bulletin N° 2 Annexe 2)

Toujours dans le souci d'apporter aux licenciés une meilleure couverture, nous vous proposons le contrat Garanties des Accidents de la Vie. Il permet de couvrir les dommages corporels résultant d'un événement accidentel privé y compris à l'occasion des accidents sportifs et ce quelle que soit l'activité pratiquée.

Ce contrat peut aussi garantir la pratique de sport dangereux tels que les sports sous-marin, les sports aériens, y compris ULM, parapente et deltaplane, les sports mécaniques lors de leurs compétitions et essais, ainsi que tous les sports pratiqués en qualité d'amateur par des sportifs inscrits sur les listes ministérielles de haut niveau.

Vous êtes indemnisé en tenant compte des dommages subis : préjudices économiques, psychologiques, physiologiques et esthétiques jusqu'à 2 millions d'euros par personne.

Le contrat peut être souscrit soit par une personne seule (réservé au célibataire sans enfant) soit pour la famille.

Deux formules de garanties sont proposées (âge limite de souscription 68 ans) :

- Formule 1 pour une indemnisation dès 25 % d'incapacité permanente.
- Formule 2 pour une indemnisation dès 5 % d'incapacité permanente.

Voir tarif dans le bulletin de souscription N° 2 Annexe 2.

Allianz IARD
Entreprise régie par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 991.967.200 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex
542 110 291 RCS Nanterre
www.allianz.fr



Déclaration du licencié - Saison 2019

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____

Pour le mineur représentant légal de _____ né(e) le _____

Licencié de la Fédération à (nom du Club) CLUB CYCLO PAYS d'OLMES

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Allianz pour le compte de ses adhérents ;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération,
- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
- Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV) oui non
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à _____ le _____

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.