

M. Mme _____ Nom / Prénom du Licencié : _____
 Date de naissance : | | | | | | | | | | E-mail : _____
 N° de la Licence : _____ Adresse : _____
 Code postal : | | | | | | Ville : _____
 Nom de la Ligue Régional : _____ Club : _____

☐ Mon assurance complémentaire Individuelle Accidents

Notice d'assurance téléchargeable sur le site www.ffkmda.com

➤ Je complète ma couverture en cas d'accident corporel, je choisis l'option : ☐ A ☐ B ☐ C

NATURE DES GARANTIES	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Décès	10 000 €/SIN	20 000 €/SIN	30 000 €/SIN
Capital proportionnel au taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation (à multiplier par le taux*)	20 000 €/SIN	40 000 €/SIN	50 000 €/SIN
Pertes justifiées de revenus Dans la limite de 365 jours	Néant	15€/jour	25€ / jour
COTISATION UNITAIRE TTC PAR LICENCIE (pour une garantie du 1 ^{er} septembre au 31 aout, sans réduction au prorata)	5 EUR	8 EUR	15 EUR

Exemple : si option A retenue : à la suite d'un accident survenu le 2 septembre 2025, le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique est de 15 %. Le capital de référence correspondant à l'option A étant de 20 000 € à la date du sinistre, l'indemnité versée en sus de l'indemnité versée au titre de la garantie de base sera de :
 $20\,000\,€ \times 15\% = 3\,000\,€$.

DATE D'EFFET DES GARANTIES : à réception par WTW du présent bulletin accompagné du règlement et ce jusqu'au 31 aout 2026.

Fait à _____ Date _____
 Signature de l'Assuré ou du représentant légal pour les mineurs :

LE PRESENT BULLETIN DE SOUSCRIPTION EST A ADRESSER, ACCOMPAGNE DU REGLEMENT A L'ORDRE DE WTW A L'ADRESSE SUIVANTE :

WTW - Département Sports & Evènements
 Tour Hekla - 52, avenue du Général de Gaulle – CS 10427
 92094 La Défense Cedex

09 72 72 28 94 - ffkmda@wtwco.com