

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.ffboxe.com/pratiquer/assurances/

➤ 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	30 000 €/SIN	30 000€/SIN	30 000 €/SIN
Capital proportionnel au taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation	60 979.60 €/SIN	Néant	60 979.60 €/SIN
Pertes justifiées de revenus Dans la limite de 365 jours	Néant	15€/jour	15€ / jour
COTISATION UNITAIRE TTC PAR LICENCE (pour une garantie du 1 ^{er} septembre au 31 aout, sans réduction au prorata)	53 EUR	130 EUR	175 EUR

Pour les boxeurs professionnels, les garanties complémentaires prévues au titre de ces options seront versées en complément des garanties de base « décès », « invalidité permanente » et/ou « incapacité temporaire » contenues dans la licence.

DATE D'EFFET DES GARANTIES : à réception par WTW du présent bulletin accompagné du règlement et ce jusqu'au 31 aout 2027.

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 89 - ffboxe@wtwco.com