

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 SPORT +

Notice d'assurance téléchargeable sur le site www.ffboxe.com/pratiquer/assurances/

Désignation et contenu des garanties	Montant maximum des garanties
1. Services d'aide à la personne : assistance à domicile	1 500 € dans la limite d'un mois
2. Frais médicaux, pharmaceutiques, et de transport restés à charge après intervention des organismes sociaux	à concurrence de 2 500 €
- dont frais de lunetterie.....	300 €
3. Frais de rattrapage scolaire exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité	2 h/jour d'absence scolaire dans la limite de 7 500 € + orientation
4. Prise en charge du forfait de location de télévision à partir de 2 jours d'hospitalisation	10 €/jour dans la limite de 365 jours
5. Pertes justifiées de revenus des personnes actives pour la période d'incapacité de travail résultant de l'accident	30 € par jour dans la limite de 6 000 €
6. Capital proportionnel au taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation :	
- jusqu'à 9 %	30 000 € X taux
- de 10 à 19 %	60 000 € X taux
- de 20 à 34 %	90 000 € X taux
- de 35 à 49 %	120 000 € X taux
- de 50 à 100 % : - sans tierce personne	150 000 € X taux
- avec tierce personne	300 000 € X taux
7. Capitaux décès :	
- capital de base	20 000 €
- capitaux supplémentaires :	
- conjoint	20 000 €
- chaque enfant à charge	10 000 €
8. Frais de recherche et de sauvetage de vies humaines	à concurrence des frais engagés et dans la limite de 7 700 € par victime

En cas de souscription de La garantie complémentaire IA SPORT + les montants de garantie se substituent à la garantie de base.

☐ Je complète ma couverture en cas d'accident corporel, je choisis l'option SPORT + moyennant le règlement d'une prime complémentaire de 14,45€ TTC

DATE D'EFFET DES GARANTIES : à réception par WTW du présent bulletin accompagné du règlement et ce jusqu'au 31 août 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 & Evénements
Tour Hekla - 52, avenue du Général de Gaulle – CS 10427
92094 La Défense Cedex

09 72 72 28 89 - ffboxe@wtwco.com