

## BULLETIN D'ADHÉSION ASSURANCE FFRS BORDEREAU A REMETTRE AU RESPONSABLE DU CLUB

ADHERENT	
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<b>N° DE LICENCE :</b>	<b>NE(E) LE :</b>
<b>ADRESSE :</b>	<b>CODE POSTAL – VILLE :</b>
<b>TELEPHONE FIXE :</b>	<b>TELEPHONE MOBILE :</b>
<b>ADRESSE MAIL :</b>	
TYPE DE CONTRAT SOUSCRIT	
<input type="checkbox"/> ANNUEL	<input type="checkbox"/> CARTE DECOUVERTE
DATES DE VALIDITE DE L'ADHESION	
DU ..... / ..... / .....	AU ..... / ..... / .....

\*\*\*\*\*

**Mutuaide  
Assistance**

### CONTRAT FFRS ASSISTANCE N°4058

#### TARIFS EN EURO (dont taxe d'assurance à 9 %)

**ANNUEL** : 0,33 € par personne et par an

**CARTE DECOUVERTE** : 0,18 € par personne

Le présent contrat se compose des conditions générales figurant dans la notice d'information. L'Adhérent reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte comme faisant partie dudit contrat. Le présent contrat prend effet à la date de validité indiquée, sous réserve de l'encaissement du règlement de la cotisation. La date de validité indiquée ne peut être antérieure à la date d'envoi.

Je certifie que toutes les déclarations ou réponses faites sont sincères et à ma connaissance complètes et exactes. Je déclare ne pas ignorer que si, dans l'appréciation du risque, l'Assureur a été induit en erreur par suite d'une fausse déclaration intentionnelle ou d'une réticence, mon adhésion sera annulée aux conditions prévues par le Code des assurances.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Toutes les informations sont obligatoires pour que votre contrat puisse être effectif.

Conformément à l'article L 112-2-1 du Code des assurances, si vous justifiez d'une garantie antérieure pour l'un des risques couverts par cette nouvelle assurance souscrite, vous avez la possibilité de renoncer sans frais à cette assurance dans un délai de 14 jours à compter de sa conclusion tant qu'aucune garantie n'a été mise en œuvre.

Fait à

Le

Signature :

**Mutuaide Assistance** : SA au capital de 9 590 040 € entièrement versé –

Entreprise régie par le Code des Assurances RCS 383 974 086 Créteil  
Siège social : 8-14 avenue des Frères Lumière – 94368 Bry-sur-Marne  
Cedex

Tel : 01.45.16.77.00. Fax : 01.45.16.63.94

MUTUAIDE est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex

**Gras Savoye** – Société de courtage d'assurance et de réassurance  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248  
637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637

Siège Social : Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion-Bouton - CS  
70001 - 92814 Puteaux Cedex

Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55.

<http://www.grassavoye.com>

Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707

<http://www.orias.fr>

Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex

### I. RENONCIATION A L'ASSURANCE D'INDEMNISATION DES DOMMAGES CORPORELS DE BASE

Le coût de l'assurance indemnisation des dommages corporels de base comprise dans la licence est de 1,40 €. Conformément à la loi, cette garantie est facultative et le licencié peut refuser d'y souscrire.

En cas de renonciation à l'assurance, le licencié ne bénéficiera d'aucune indemnité au titre des dommages corporels dont il pourrait être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFRS et ses clubs affiliés.

Si vous souhaitez renoncer à l'assurance MSC I.A, une demande devra être formulée à l'adresse suivante : Fédération Française de la Retraite Sportive – 12 rue des pies-CS50020 38361 Sassenage Cedex.

### II. ADHESION

Je reconnais :

- Avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions et du prix de l'assurance, et en accepter les termes contenus dans la notice d'information activités sportives FFRS (505 PRI).
- Avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire une garantie supplémentaire MSC I.A Plus.
- Avoir été informé(e) des conditions dans lesquelles je peux exercer mon droit de renonciation en cas de fourniture à distance d'opérations d'assurance (article L 112-2-1 du Code des assurances).
- Avoir noté que conformément à l'article L 112-2-1 I du Code des assurances un modèle de lettre de renonciation est inséré dans la notice d'information valant Conditions générales qui m'a été remise.

**Je souhaite souscrire la garantie option MSC I.A Plus** qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de 6 € pour la saison sportive 2016/2017 au règlement de ma licence. J'ai bien noté que la garantie option MSC I.A. Plus serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence

**Je ne souhaite pas souscrire cette garantie**

### III. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978, je reconnais être informé(e) par la Mutuelle Saint-Christophe assurances en sa qualité de responsable :

- du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances ;
- que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurances et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés ;
- que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient ;
- que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle Saint-Christophe assurances 277 Rue Saint Jacques 75256 Paris Cedex 05 pour toute information me concernant ;
- que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et les actes de gestion peuvent être utilisées par la Mutuelle Saint-Christophe assurances et ses filiales à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre :

Fait à

Le

Signature

#### Mutuelle Saint-Christophe assurances

277, rue Saint-Jacques - 75256 Paris cedex 05

Tél. : 01 56 24 76 00 - Fax : 01 56 24 76 27 - [www.saint-christophe-assurances.fr](http://www.saint-christophe-assurances.fr)

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances

N° SIREN : 775 662 497 Opérations d'assurances exonérées de TVA - Art. 261-C du CGI

**Gras Savoye** – Société de courtage d'assurance et de réassurance  
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637

Siège Social : Immeuble Quai 33 - 33/34 quai de Dion-Bouton - CS 70001 - 92814 Puteaux Cedex

Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55.

<http://www.grassavoye.com>

Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707

<http://www.orias.fr>

Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex