



# USVTT POINCONNOIS

Document information et inscription SAISON 2026

## RENSEIGNEMENTS:

NOM ..... PRENOM .....

DATE de NAISSANCE ...../...../..... N° LICENCE (pour un renouvellement) .....

ADRESSE N° ..... RUE .....

COMPLEMENT D'ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TEL ...../...../...../..... MOBILE ...../...../...../..... AUTRE ...../...../...../.....

EMAIL.....

## ACTIVITES ET TARIFS POUR LA SAISON 2026

### ADHESION FFCT (avec assurance « petit braquet »)

- ▶ Adulte licence FFCT ..... 77.00 €
- ▶ Second adulte Licence FFCT ..... 60.00 €
- ▶ JEUNE (- 25 ans) ..... 60.00 €
- ▶ **OPTION** assurance « grand braquet » +53.00€

### ADHESION MEMBRE (sans licence, sans assurance)

- ▶ Adulte membre USVTT ..... 47.00 €

**Total** ..... €

\*\*Je règle par : Chèque n° ..... Banque..... (ordonner votre chèque à l'ordre de "US VTT POINCONNOIS")

Espèce .....€ Virement (RIB en bas de page).....€ chèque vacances .....€

Je souhaite faire de la compétition : Je fournis un certificat médical (qui sera ajouté à ma licence)

**Après avoir pris connaissance de l'ensemble du document, nous retourner seulement les pages 1 à 3**

## EN ADHÉRANT AU CLUB :

Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme, les statuts du club et les informations de ce dossier d'adhésion

- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
- J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.
- Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de l'assurance
- J'autorise l'USVTT à prendre des photos ou à filmer dans le cadre des activités du club »

DATE / / Ville

SIGNATURE

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

**Pour le renouvellement des licences FFCT le certificat médical n'est plus obligatoire**

**Vous devez répondre au questionnaire confidentiel de la page 4**

**IMPORTANT : si vous répondez *oui* à une question, un rendez-vous avec votre médecin traitant est indispensable.**

J'ai bien pris connaissance du questionnaire et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires et j'accepte ce contrôle

DATE / / Ville

SIGNATURE

---

### CONTROLE D'HONORABILITE DES ENCADRANTS SPORTIFS (dispositif du ministère des sports)

**Pour les dirigeants.es et/ou animateurs.trices, et adultes souhaitant accompagner les enfants lors de l'école VTT les éléments constitutifs de mon identité seront susceptibles d'être transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.**

J'ai compris et j'accepte ce contrôle

Les informations sur votre lieu de naissance doivent être renseignées, elles sont nécessaires pour la vérification d'honorabilité

Etes-vous né France

oui, complétez : n° du département ..... ville..... code postal .....

Non complétez : nom du pays.....Ville.....

Votre père Nom.....prénom.....

Votre mère Nom.....prénom.....

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant.

Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

## Vos contacts



Faites votre déclaration d'accident dans les 5 jours à l'aide du formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne dans votre espace licencié. Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription, contactez aiac courtage :

N° VERT : 0 800 886 486  
E-mail : assurance-ffvelo@aiac.fr



12 Rue Louis Bertrand  
CS 80045  
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82  
E-mail : l.blondeau@ffvelo.fr  
www.ffvelo.fr



Convention n°58 225 249

Ligne dédiée 24/7  
Depuis la France : 01 41 85 95 26  
Depuis l'étranger : (+33) 1 41 85 95 26



## Déclaration du licencié 2026

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) : \_\_\_\_\_

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Areas et Europ Assistance 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 la formule : MB  PB  GB

et les options suivantes :

Indemnité Journalière forfaitaire  Complément Décès/Invalidité  Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance.

Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AIAC Courtage et les assureurs, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@aiac.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75009 PARIS. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.

Notice d'information assurance FF Vélo – Page 3/3



## QUESTIONNAIRE SANTÉ



À compter de la saison 2024 - Ce questionnaire est strictement personnel

La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.

Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

SI RÉPONSE POSITIVE  
À UNE DES QUESTIONS  
SUIVANTES,  
IL EST INDISPENSABLE DE  
CONSULTER UN MÉDECIN  
AVANT REPRISE DE L'ENTRAÎ-  
NEMENT OU CYCLOSPORTIVE.

### 1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
- Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
- Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
- Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort ?
- Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE  
DES QUESTIONS SUIVANTES,  
IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR  
PRIS AVIS AUPRÈS D'UN  
MÉDECIN SUR UNE CONTRE-  
INDICATION OU SUR UN BILAN  
PRÉALABLE À LA PRATIQUE  
INTENSIVE.

### 2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES



- Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
- Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
- Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
- Poursuivez-vous la pratique de cyclo sportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
- Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
- Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE  
DES QUESTIONS SUIVANTES, IL  
EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE  
CONSEIL AUPRÈS D'UN MÉDE-  
CIN SUR UNE CONTRE-  
INDICATION  
TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

### 3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



- Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
- Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- Avez-vous été anorexique ? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
- Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
- Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

### 4 RECOMMANDATIONS POUR UNE BONNE PRATIQUE DU VÉLO (document disponible sur l'Intranet dans la Gestion documentaire).

- LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET LA PRATIQUE CYCLISTE
- CONSEILS NUTRITION
- PRÉVENTION ANTIDOPAGE



## LES 10 RÈGLES D'OR POUR BIEN PRATIQUER LE VÉLO



**1** JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUTE DOULEUR DANS LA POITRINE OU ESSOUFFLEMENT ANORMAL SURVENANT À L'EFFORT\*.

**2** JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUTE PALPITATION CARDIAQUE SURVENANT À L'EFFORT OU JUSTE APRÈS L'EFFORT\*.

**3** JE SIGNALE À MON MÉDECIN TOUT MALAISE SURVENANT À L'EFFORT OU JUSTE APRÈS L'EFFORT\*.

**4** JE RESPECTE TOUJOURS UN ÉCHAUFFEMENT ET UNE RÉCUPÉRATION DE 10 MN LORS DE MES ACTIVITÉS SPORTIVES.

**5** JE BOIS 3 À 4 GORGÉES D'EAU TOUTES LES 30 MN D'EXERCICE À L'ENTRAÎNEMENT.

**6** J'ÉVITE LES ACTIVITÉS INTENSES PAR DES TEMPÉRATURES EXTÉRIEURES  $< -5^{\circ}\text{C}$  OU  $> +30^{\circ}\text{C}$  ET LORS DES PICS DE POLLUTION.

**7** JE NE FUME PAS, EN TOUT CAS JAMAIS DANS LES 2 HEURES QUI PRÉCÉDENT OU SUIVENT MA PRATIQUE SPORTIVE.

**8** JE NE CONSOMME JAMAIS DE SUBSTANCE DOPANTE ET J'ÉVITE L'AUTOMÉDICATION EN GÉNÉRAL.

**9** JE NE FAIS PAS DE SPORT INTENSE SI J'AI DE LA FIÈVRE, NI DANS LES 8 JOURS QUI SUIVENT UN ÉPI-SODE GRIPPAL (FIÈVRE + COURBATURES).

**10** JE PRATIQUE UN BILAN MÉDICAL AVANT DE REPRENDRE UNE ACTIVITÉ SPORTIVE INTENSE SI J'AI PLUS DE 35 ANS POUR LES HOMMES ET PLUS DE 45 ANS POUR LES FEMMES.

\* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

**La section VTT du Poinçonnet est affiliée à la Fédération Française de Vélo (FFCT), vous trouverez des informations ci-dessous pour vous éclairer dans votre choix de pratique et d'adhésion**

<i>Vous bénéficiez de</i>	<i>Licence FFCT</i>	<i>Membre (sans licence)</i>	<i>Ni l'un ni l'autre</i>
<i>Assurance</i>	<i>OUI</i>	<i>NON (votre assurance)</i>	<i>NON (votre assurance)</i>
<i>Assurance grand braquet</i>	<i>Option + 55€</i>	<i>NON</i>	<i>NON</i>
<i>Soutien juridique</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NON</i>
<i>Manifestations club (sorties dominicales ; évènements (noël, weekend sortie hiver, repas...)</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>	<i>Pour des raisons juridiques, sous votre responsabilité en signant une décharge ou dans la limite de 3 séances d'essais</i>
<i>Covoiturage pour aller a des manifestations</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>	<i>OUI</i>
<i>Participer a des initiatives individuelles (type Festive 500, Raid bikepacking, Loicade...) ne rentrant pas dans une organisation du club.</i>	<i>Couvert par l'assurance de la licence</i>	<i>Oui (votre assurance)</i>	<i>Pour des raisons juridiques, sous votre responsabilité en signant une décharge ou dans la limite de 3 séances d'essais</i>
<i>Possibilité de participer à des courses UFOLEP ou manifestation FFCT</i>	<i>OUI sur présentation de la licence avec certificat Médical de l'année</i>	<i>Avec un certificat médical de moins d'un an</i>	<i>Avec un certificat médical de moins d'un an</i>
<i>Participer à des compétitions FFC</i>	<i>Avec un certificat médical de moins d'un an. Parfois refusé il faudra alors prendre une licence à la journée</i>	<i>Avec un certificat médical de moins d'un an</i>	<i>Avec un certificat médical de moins d'un an</i>
<i>Manifestations (randos ponctuelles, permanente et évènements nationaux)</i>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Semaine et weekend fédéral jeunes ou adulte</i></li> <li>- <i>Vertes tout terrain</i></li> <li>- <i>Maxi vertes</i></li> <li>- <i>Randonnées tout au long de l'année et partout en France</i></li> <li>- <i>Challenges divers FFCT</i></li> </ul>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NON</i>
<i>Formation moniteur (ecole VTT)</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>NON</i>
<i>Programme de fidélité Alltricks (démarrage 1 janvier 2024 avec de 5 à 15% de remise)</i>	<i>OUI</i>	<i>Période d'essai la première année</i>	<i>NON</i>

**Depuis la saison 2021/2022 la section VTT du Poinçonnet est affiliée à fédération française de Vélo (FFCT)  
Vous trouverez des informations ci-dessous pour vous éclairer dans votre choix de pratique et d'adhésion**

**Vous bénéficiez avec une LICENCE FFCT dans votre club à :**

Appui d'une structure nationale

Manifestations (randos ponctuelles, permanentes et évènements nationaux)

- Semaine et weekend fédéral jeunes
- Semaine fédérale adultes
- Vertes tout terrain
- Maxi vertes
- Randonnées tout au long de l'année et partout en France
- Week-end Cohésion et Sorties Clubs.

**Avec une licence FFCT** vous devez présenter un certificat médical pour toutes les manifestations organisées hors FFCT (pour cette raison nous saisissons auprès de la FFCT toutes les licences avec le certificat médical si vous nous le fournissez).

- Assurances (individuelle, collective et matériel) (voir notice d'information AXA)
- Soutien financier (subventions)
- Soutien juridique
- Formation (moniteur, PSC1...)
- Voyages organisés
- Bases VTT permanentes
- Déplacements groupés (co-voiturage)
- Manifestations club (sorties dominicales ; évènements (noël, weekend sortie hiver, repas...)
- Programme de fidélité Alltricks (démarrage 1 janvier 2023 avec de 5 à 15% de remise)

**Vous bénéficiez avec une ADHESION MEMBRE dans votre club à :**

- Tarif compétitif
- Programme de fidélité Alltricks (la première année !!) (Démarrage 1 janvier 2023 avec de 5 à 15% de remise)
- Déplacements groupés (co-voiturage)
- Il n'y a pas d'assurance (à souscrire de manière individuelle auprès de l'assureur de votre choix de 10 à 15 € par mois)
- Pour les manifestations organisées (FFCT et autres fédérations) la présentation d'un certificat médical de moins de 1 an est obligatoire

**Vous bénéficiez en tant qu'individuel à :**

- Sorties dominicales (pour des raisons juridiques et de responsabilités limitées à 3 par an avec documents « séance essai »)
- Pas d'assurance (à souscrire de manière individuelle auprès de l'assureur de votre choix de 10 à 15 € par mois)
- Pour les manifestations organisées (FFCT et les autres fédérations) la présentation d'un certificat médical de moins de 1 an peut être demandé.

## **INFORMATION IMPORTANTE POUR LES ADHESIONS MEMBRES**

*Votre club ne peut pas vous assurer dans le cadre d'une adhésion membre et ne peut être tenu pour responsable en cas d'accident, de blessure et ou de bris de matériel.*

*Nous vous conseillons de souscrire une assurance spécifique de type « accidents de la vie » auprès de votre assureur.*

## **INFORMATION IMPORTANTE POUR LES LICENCES FFCT**

**Prenez le temps de lire la notice d'information ci-dessous afin de choisir le niveau de couverture souhaité pour vous et votre matériel.**

**Vous devez remplir et signer la dernière page (n°3) de la notice d'information assurance « déclaration du licencié »**

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
<b>Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours</b>	Acquise	Acquise	Acquise	
<b>Décès accidentel</b>	Non acquise	5 000€	15 000€	
<b>Décès ACV/AVC :</b> En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans  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	Non acquise	1 500€ 3 000€	2 500€ 7 500€	
<b>Invalidité permanente totale</b> (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%	
<b>Frais médicaux</b> prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :  Prothèse dentaire : • par dent (maxi 4) • bris de prothèse Lunettes : • par verre • par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		3 000€	3 000€	
		250€ 500€	250€ 500€	
	Non acquise	120€ 200€ 500€	120€ 200€ 500€	
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
<b>Assistance</b> dont : • Rapatriement (lieu de résidence situé en France) • Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance • Frais de recherches, de secours et d'évacuation <b>TOUJOURS APPELER EUROP ASSISTANCE AU 01.41.85.95.26 avant toute décision de rapatriement ou engagement de dépenses</b>	Non acquise	Frais réels  152 500€ 15 000€	Frais réels  152 500€ 15 000€	
<b>Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8% par an max 70%)</b>  • Casque • Equipements vestimentaires • GPS • Dommages au Vélo y compris catastrophes naturelles	Non acquise	Montants maximum	Montants maximum	Franchises
		80€ Non acquise Non acquise Non acquise	80€ 160€ 300€ 1 500€	Néant 30€ 30€ 100€

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
  - De tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
  - De tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, et de leur décontamination ;
  - De l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
  - D'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- 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 conséquences :
  - D'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
  - De la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
  - D'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
  - De maladie ;
  - D'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

## Les garanties optionnelles proposées

Uniquement si le licencié a adhéré à l'option proposée (en ligne via son espace licencié).

### 1. Les Indemnités Journalières

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<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, 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<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30€ TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

### 2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès

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

Garanties	Montants du capital supplémentaire	Montants du capital supplémentaire
Décès (tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000€	50 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5%	50 000€ <sup>(1)</sup>	100 000€ <sup>(1)</sup>
	Un taux d'invalidité permanent supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital	
Cotisation annuelle en complément de la licence	25€ TTC	50€ TTC

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

Adhésion : connectez-vous à votre espace licencié.

## **Votre contact pour toute question :**

Pascale VILLALONGA par mail sur : [pascale@usvttpoinconnois.fr](mailto:pascale@usvttpoinconnois.fr)

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte



---

CR CENTRE OUEST 16/12/2024  
LE POINCONNET 00339  
Tel. 0218021045 Fax. 0254085437

---

**Intitulé du compte** ASSOC VTT POINCONNOIS  
MAIRIE  
1 PLACE DU 1ER MAI  
36330 LE POINCONNET

---

### **Domiciliation**

<b>Code banque</b>	<b>Code guichet</b>	<b>Numéro de compte</b>	<b>Clé RIB</b>
19506	40000	59004589396	05

---

**IBAN** FR76 1950 6400 0059 0045 8939 605

**Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT** AGRIFRPP895