



Nom/Prénom _____ Masc Numéro de licence UFOLEP _____
 Fèm _____
 Date de naissance _____
 Profession : _____
 Adresse : _____

 Code Postal _____ Ville _____
 Tél _____ Port: _____
 Email _____

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concerne. Veuillez vous adresser à votre association.

Vous êtes ? : Activité Principale Est-ce une mutation ? : Oui Non

Dirigeant non pratiquant } 2 | _____ | 2 | _____ | 2 | _____ | 2 | _____ |

Animateur } 2 | _____ | 2 | _____ | 2 | _____ | 2 | _____ |

Officiel

Pratiquant

Date de la visite médicale _____ N° Permis _____

Date de surclassement _____ date _____

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance Collective Multirisque Adhérents/Association qui comprend la garantie "Responsabilité Civile" Obligatoire.

Elle vous propose en outre une garantie "Individuelle Accident".

J'accepte les conditions de cette garantie "Individuelle Accident" de base (2) dont la notice d'information m'a été remise au préalable,

je ne souhaite pas (3)

l'option supplémentaire suivante (voir le tableau de ces garanties) :

je souhaite souscrire (3)

CIP option 1 CIP option 2 CIP option 3 (pour les mineurs)

Date et signature du licencié (ou si mineur, du représentant légal)

Cette demande de licence UFOLEP est à remettre au Président de votre association (ou son représentant, souvent le secrétaire). Elle sera conservée par l'association.

Le Comité Départemental pourra, à tous moments de la saison en cours, demander ce bulletin au Président de l'association.

(1) La saison 2009/2010 commence le 1er septembre 2009 et se termine le 31 août 2010. Avec cette licence vous devenez membre de La Ligue de l'Enseignement

(2) En cas de non-acceptation, veuillez contacter votre responsable d'association.

(3) Rayer la mention inutile (4) Contacter personnellement l'APAC au 01,64,83,55,90

	Plafond	Plafond	Plafond	Plafond
Nature de garantie	Garantie de base	CIP Option 1	CIP Option 2	CIP Option 3
Frais de soins accident	7 623 €	7 623 €	7 623 €	7 623 €
Prothèse dentaire	336€/dent	336€/dent	336€/dent	336€/dent
Lunettes de vues/lentilles	610 €	610 €	610 €	610 €
Frais de Secours et de recherches	3 049 €	3 049 €	3 049 €	3 049 €
Prestations complémentaires	458 €	1 525 €	1 525 €	1 525 €
Invalidité permanente: - de 1 à 50% - de 51 à 100%	30490€ x taux 91470€ x taux > 50% Maximum 60980€	76225€ x taux 228674€ x taux > 50% Maximum 152450€	76225€ x taux 228674€ x taux > 50% Maximum 152450€	76225€ x taux 228674€ x taux > 50% Maximum 152450€
Décès par accident	7 623 €	15 245 €	30490€+7623€ au conjoint +3812€ par enfant à charge capital total maximum de 60980€	7 623 €