



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FF NATATION

Contrat collectif de prévoyance complémentaire réservé aux licenciés de la FFN bénéficiant auprès de la MDS de garanties collectives de base

Assuré : M. Mme. Mlle. (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____

Association sportive d'appartenance de l'assuré : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat « SPORTMUT » ayant pour objet de proposer des **garanties complémentaires** en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par ma licence à la Fédération Française de Natation (FFN)

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Je déclare pratiquer les sports suivants :

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

- mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou au partenaire m'étant lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux.
- Autres dispositions : _____

Cocher la formule choisie	Capital Décès	Capital Invalidité (pour 100 % d'invalidité)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale annuelle TTC	Activités garanties
<input type="checkbox"/> *	-	30 500 €	-	6,30 €	Quelle que soit la formule choisie, les garanties joueront en cas d'accident survenu lors de la pratique des activités prévues à l'Accord collectif n° 1784N passé entre la FFN et la MDS ; Demeurent en tout état de cause exclues les activités suivantes : boxe, catch, spéléologie, chasse et plongée sous-marine, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, escalade, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski, sports mécaniques, sports automobiles, moto.
<input type="checkbox"/> **	15 250 €	30 500 €	-	7,70 €	
<input type="checkbox"/>	15 250 €	-	8 €/Jour	17,70 €	
<input type="checkbox"/>	15 250 €	30 500 €	8 €/Jour	20,60 €	
<input type="checkbox"/> *	-	61 000 €	-	9,30 €	
<input type="checkbox"/> **	30 500 €	61 000 €	-	12,00 €	
<input type="checkbox"/>	30 500 €	-	16 €/Jour	32,00 €	
<input type="checkbox"/>	30 500 €	61 000 €	16 €/Jour	38,00 €	
<input type="checkbox"/> *	-	91 500 €	-	12,20 €	
<input type="checkbox"/>	45 750 €	91 500 €	-	16,40 €	
<input type="checkbox"/>	45 750 €	-	24 €/Jour	46,40 €	
<input type="checkbox"/>	76 250 €	152 500 €	38 €/Jour	89,80 €	

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans

(**) Seules formules pouvant être accordées aux personnes âgées de plus de 60 ans (limite d'âge : 70 ans)

Dans toutes les formules les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.

Le non renouvellement de la cotisation annuelle par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique par la FFN et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit s'exerce auprès de la direction générale de la FFN.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)



2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 422 801 910