

N° Club : _____ Intitulé : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Pour les personnes ayant été licenciées N° Lic : _____

Sexe : Masculin Féminin Nationalité : Française Autre : _____

Module : Promotion Compétition Adresse (à compléter en capitale d'imprimerie)

Résidence, Bâtiment : _____

N° et libellé de la voie : _____

Lieu dit : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ E-mail : _____

Téléphone portable : _____

Signature du joueur
(des parents pour les mineurs)

Toute demande non signée ne pourra être prise en compte

COVEA RISKS garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table

- de l'extrait des conditions générales d'assurances proposées par la FFTT, figurant sur le site Web de la FFTT à l'adresse www.fftt.com rubrique administratif
- le contrat d'assurances et déclare souscrire l'assurance de base
- des garanties complémentaires (options Or, Argent et Bronze) proposées par l'assureur fédéral, présentées ci-dessous. Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FFTT. Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.

Tarifs des garanties complémentaires
Montant des capitaux complémentaires venant s'ajouter à ceux du contrat de base
(âge limité à 70 ans pour les garanties décès-invalidités)

	Bronze	Argent	Or
Capitaux décès	7 600 €	15 300 €	23 000 €
Capitaux invalidité en cas d'accidents corporels	15 300 e	30 500 €	46 000 €
Indemnités journalières Franchise 3 jours Durée maxi. 365 jours Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	Néant	15 €	23 €
Frais médicaux	_____	_____	50 % du régime conventionné de la S.S.
Cotisations complémentaires TTC	8 €	13 €	20 €

Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur _____ certifie avoir examiné

M, Mme ou Melle _____ et n'avoir constaté, à la date de ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à _____ le _____

Cachet et signature du Médecin examinateur

Attention : le cachet doit être lisible ainsi que le n° d'ordre du médecin.