

# Adhésion 2018

Le dossier d'adhésion 2018, pour être complet doit réunir les documents suivants :

1. Les bulletins d'adhésion cyclo 2018\_1 & 2
2. La Notice d'information - Saison 2018 de l'assureur ALLIANZ
3. Eventuellement un certificat médical
4. Un chèque du montant global des cotisations (ou Chèques-Vacances)

## 1. Bulletin d'adhésion 2018 :

adhésion Cyclo 2018\_1 : **ASPTT**

Etat CIVIL *écrire lisiblement*

Cession de droit à l'image (cocher ou non)

Assurance ....compléter « *je soussigné...*

Refus d'assurance : ne pas cocher... sans avoir bien lu !

**Ne Pas oublier de signer !!!!**

adhésion Cyclo 2018\_1 : **FFCT**

1 - COTISATION ASPTT (déduction postier ou adhérent autre section)

2 - LICENCE FFCT : voir formule licence FFCT (velo rando ou sport)

3 - Complément éventuel

Si vous ne fournissez pas de CM, **bien remplir l'attestation QS**

## 2. Notice d'information - Saison 2017 « ALLIANZ »

Remplir, dater et signer le bulletin à découper.

**C'est une obligation, ne pas le faire pourrait être préjudiciable en cas d'accident** (Possibilité de souscrire des garanties complémentaires voir « Guide licencié Assurance 2018 ALLIANZ »)

**Soyez vigilant en cochant les cases**

3. **Certificat médical** de non contre indication à la pratique du cyclotourisme (voir contrainte ALLIANZ dans notice d'information). Il sera téléchargé sur le site de la FFCT et valable soit 5 ans (licence Vélo Rando) soit 1 an (licence Vélo Sport)
4. Etablir un **chèque** du montant global des cotisations *vérifier les calculs ! et ne pas oublier de signer !*

NOTA : Ne pas communiquer votre Questionnaire de Santé

**En respectant ces consignes et en remettant un dossier complet, vous facilitez le travail de vos camarades**

Merci !

**Partie 1 réservée à l'adhérent**

Nom\* \_\_\_\_\_ Adresse\* \_\_\_\_\_  
 Prénom\* \_\_\_\_\_  
 Date de nais.\* \_\_\_\_\_ Code postal\* \_\_\_\_\_  
 Sexe\*  Homme  Femme Ville\* \_\_\_\_\_  
 E-mail\* \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Bénévole  La Poste  Id. RH (2) : \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ F. publique (1)

**Etat sportif**

Licence délégataire - Numéro : \_\_\_\_\_  
 Compétition  
 Certificat médical du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans :

Renouvellement questionnaire de santé  
 (Cerfa n°15699\*01)

**Partie 2 réservée au club**

**Type d'adhésion**

Création  
 Renouvellement

**Activité :** \_\_\_\_\_

**Licence FSASPTT**

Licence FSASPTT PREMIUM 17.00 €  
 Licence FSASPTT Associée 2.00 €

**Comment avez-vous connu l'ASPTT ?**

Affichage  Forum  Radio  
 Autre  Manif. sportive  Site Internet  
 Presse  Un ami

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature obligatoire demandeur ou représentant

**Montants financiers**

Droit d'adhésion :   
 Licence FSASPTT :   
 Montant section :   
 Montant lic. dél. :   
 Montant autre :   
**Montant total :**

Mode de paiement : \_\_\_\_\_

**Informatique et libertés**

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

**Cession de droit à l'image**

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

**Autorisation parentale**

Je, soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_  
 représentant légal de : \_\_\_\_\_  
 certifie lui donner l'autorisation de :  
 - Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités  
 - Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est : \_\_\_\_\_  
 numéros de téléphone : \_\_\_\_\_  
 adresse e-mail : \_\_\_\_\_

(\*) Champs obligatoires

(1) Fonction publique ou assimilé : entreprise publique, salarié d'association

(2) Identifiant RH pour les postiers

**Assurance**

L'établissement d'une des 4 licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT.

L'assurance « Dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels ». Le montant de cette assurance compris dans le prix de la licence FSASPTT est de 1,84 € et dans celui de la licence FSASPTT associée est de 0,60 €. Il est de 0,35 € dans la licence événementielle et de 0,45 € dans la licence stage. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Concernant la licence FSASPTT associée, il est précisé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ reconnais avoir pris connaissance :

- De la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Je satisfais à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

**Refus d'assurance « Dommages corporels »**

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance « Dommages corporels », il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous.

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »

2018

## CYCLOTOURISME

**ASPTT ANNECY**  
 CLUB OMNISPORTS  
 cultivons vos envies

<b>1 - COTISATION ASPTT</b>	Adulte <input type="checkbox"/>	37,00
	Ecole cyclo / jeune - de 18 ans <input type="checkbox"/>	33,00
➤ <b>Postier, Ayant droit La Poste ou Retraité</b> , la licence FSASPTT vous est offerte (ne s'applique pas si déduction adhésion dans une autre section)		Déduction - 2,00
➤ Si déjà <b>adhérent dans une autre section ASPTT</b> cette saison 2017/2018, nom de la section : .....		-25,00

**TOTAL COTISATION (1)**

<b>2 - LICENCE FFCT *</b>	Petit Braquet	Grand Braquet
• Ecole Cyclo VTT	12,00 €	60,00 €
• Jeune - 18 ans (hors école cyclo)	28,50 €	76,50 €
• Adultes	44,00 €	92,00 €
• Familles		
○ 1 <sup>er</sup> adulte	44,00 €	92,00 €
○ 2 <sup>ème</sup> adulte	28,50 €	76,50 €
○ Jeunes de 7 à 18 ans	23,00 €	71,00 €
• Revue	24,00 €	

\* Voir détail des garanties dans la notice d'assurance de la FFCT

**TOTAL LICENCE (2)****3 - AUTRES PRESTATIONS : stages...****4 - Ecole cyclo : Location de maillot : 10 €**

Règlement :

- Chèque (à l'ordre de l'ASPTT Annecy Cyclotourisme)
- Chèques vacances/Coupons sport

**SOMME DUE**  
**(1+2+3+4)**

Je, soussigné : Nom.....Prénom.....

- FOURNIS UN **certificat médical** de - 12 mois    oui     Non

**SI NON**

- atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du **Questionnaire de Santé** (QS-SPORT cerfa n°15699\*01)

Fait à ..... Le.....

signature :

Dossier complet à retourner à :

Serge ROZE - 30 chemin des Trois Vies - 74540 CUSY

Tel : 04 50 52 24 01 / 06 76 61 16 09

[serge.roze2@wanadoo.fr](mailto:serge.roze2@wanadoo.fr)

(Conformément aux articles L321-1, L321-4, L321-5 et L321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

## Fédération française de cyclotourisme

Cette notice vous est remise par la FFCT dont vous êtes membre afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la Défense pénale et Recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne souscrites et qui vous sont proposées par la FFCT ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

En choisissant sa Formule d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet
Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise
Décès accidentel	Non acquise	5 000 €	15 000 €
Décès ACV/AVC <sup>(1)</sup> :			
• En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans	Non acquise	1 500 €	2 500 €
• En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans	Non acquise	3 000 €	7 500 €
Invalidité permanente totale (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 %
Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité sociale, dont :	Non acquise	3 000 €	3 000 €
• Prothèse dentaire :			
- par dent (maxi 4)		250 €	250 €
- bris de prothèse		500 €	500 €
• Lunette :			
- par verre		120 €	120 €
- par monture		200 €	200 €
• Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500 €	500 €
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000 €	3 000 €
Assistance dont :	Non acquise		
• Rapatriement		Frais réels	Frais réels
• Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000 €	10 000 €
• Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000 €	3 000 €
Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :	Non acquise		Franchises
• Casque		80 €	80 €
• Cardio-fréquencemètre (à fonction exclusive)		100 €	100 €
• Équipements vestimentaires		Non acquise	160 €
• GPS (à l'exclusion du Smartphone)		Non acquise	300 €
• Dommages au vélo y compris catastrophes naturelles		Non acquise	1 500 €

(1) 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.

Attention : Le licencié Vélo-Balade FFCT ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.

### Devenu exclus de la garantie des Accidents corporels :

- Les accidents, maladies et infirmités survenus ou dont l'assuré avait connaissance avant la prise d'effet du contrat, ainsi que leurs suites, conséquences ou aggravations ;
- Les suites, conséquences ou aggravations d'un état traumatique résultant de :
  - votre état alcoolique temporaire (taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal) ou chronique, l'usage de stupéfiants, barbituriques et tranquillisants hors prescription médicale, de stimulants, anabolisants et hallucinogènes,
  - votre participation à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à un crime ou à un délit intentionnel, à des émeutes ou mouvements populaires et toute faute intentionnelle ou dolosive de votre part ou de celle du bénéficiaire,
  - la tentative de suicide, le suicide ;
- 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 frais de voyage, de séjour et de cure dans les stations balnéaires, thermales ou climatiques ;
- Les accidents relevant de la législation du travail.

Pour plus d'informations sur les garanties, vos obligations en cas de sinistre, renseignez-vous auprès de votre Club.

## Les garanties optionnelles proposées

si l'option est souscrite auprès du Club (bulletins N° 1 et N° 2 Annexe 2) :

### Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2)

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>ème</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>ème</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>ème</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 25 € TTC en complément des formules Petit Braquet et Grand Braquet

### Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2)

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

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)	25 000 €
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000 €*

\* En cas d'invalidité permanente partielle le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

Cotisation : 20 € ou 40 € pour capitaux ci-dessus doublés

### Garanties des Accidents de la Vie privée (Bulletin N° 2 Annexe 2)

Toujours dans le souci d'apporter aux licenciés une meilleure couverture, nous vous proposons le contrat Garanties des Accidents de la Vie. Il permet de couvrir les dommages corporels résultant d'un événement accidentel privé y compris à l'occasion des accidents sportifs et ce quelle que soit l'activité pratiquée.

Ce contrat peut aussi garantir la pratique de sport dangereux tels que les sports sous-marin, les sports aériens, y compris ULM, parapente et deltaplane, les sports mécaniques lors de leurs compétitions et essais, ainsi que tous les sports pratiqués en qualité d'amateur par des sportifs inscrits sur les listes ministérielles de haut niveau.

Vous êtes indemnisé en tenant compte des dommages subis : préjudices économiques, psychologiques, physiologiques et esthétiques jusqu'à 2 millions d'euros par personne.

Le contrat peut être souscrit soit par une personne seule (réservé au célibataire sans enfant) soit pour la famille.

Deux formules de garanties sont proposées (âge limite de souscription 68 ans) :

- Formule 1 pour une indemnisation dès 25 % d'incapacité permanente.
- Formule 2 pour une indemnisation dès 5 % d'incapacité permanente.

Voir tarif dans le bulletin de souscription N° 2 Annexe 2.

Allianz IARD  
Entreprise régie par le Code des assurances  
Société anonyme au capital de 991.967.200 €

1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex  
542 110 291 RCS Nanterre  
www.allianz.fr



## Déclaration du licencié - Saison 2018

À retourner obligatoirement au Club (ou à la FFCT pour les membres individuels)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Pour le mineur représentant légal de \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Licencié de la FFCT à (nom du Club) \_\_\_\_\_

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFCT auprès d'Allianz 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 FFCT,
- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :  
Indemnité Journalière forfaitaire  Complément Décès/Invalidité
- Avoir souscrit au contrat individuel Garanties des Accidents de la Vie (GAV) oui  non
- Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

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



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.