

SPORTMUT FFLUTTE

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE RÉSERVÉ AUX LICENCIÉS DE LA FF LUTTE BÉNÉFICIAIRE AUPRES DE LA MDS DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique de la lutte :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.**

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DÉCÈS

Versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant au recto peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans,
Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE PLUS DE 65 ANS

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant au recto peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITÉS D'ADHÉSION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées, comme indiqué au recto.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la MDS accompagnée de votre règlement (*).

A réception il vous sera adressé un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.



LA DEMANDE D'ADHÉSION SPORTMUT LUTTE

Contrat collectif de prévoyance complémentaire réservé aux licenciés de la FF LUTTE 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 survenu pendant la pratique de la lutte **en sus du régime de prévoyance de base** dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par mon affiliation à la FF LUTTE

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

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 mon partenaire 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	
<input type="checkbox"/> *	-	30 500 €	-	6,30 €	Dans toutes ces 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.
<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

(**) Seule formule pouvant être accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans

Si les formules indiquées dans le tableau ci-dessus ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

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 FF LUTTE 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 peut être exercé à l'adresse de la MDS indiquée ci-dessous..

Fait à _____, le _____

Cachet de la Fédération ou de l'Association affiliée

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