



BULLETIN D'ADHESION 2024- MEMBRE INDIVIDUEL

Pour adhérer à la
Fédération par Internet
www.ffvelo.fr

Le transmets mon bulletin d'adhésion à l'adresse suivante :
Fédération française de cyclotourisme - 12 rue Louis Bertrand CS 800 45 -94207 Ivry sur seine cedex
(en cas d'affiliation par Internet, ne pas retourner ce bulletin)

Renouvellement adhésion Première adhésion

NOM PRENOM

SEXE M F DATE DE NAISSANCE [][][][][][][][][] tél.

ADRESSE

CODE POSTAL [][][][][][][][] VILLE

PAYS E-MAIL

Champ obligatoire : pour recevoir la licence électronique

J'accepte de recevoir les mails d'information de la fédération et ses structures

PREMIÈRE LICENCE OU LICENCE CHEF DE FAMILLE

N° DE LICENCE (si déjà affilié) [][][][][][][][] ROUTE VTT / VTC GRAVEL

Je participe à des cyclosportives*

*Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition de moins de 12 mois.

OPTIONS ASSURANCES	MINI BRAQUET	PETIT BRAQUET	GRAND BRAQUET
LICENCE ADULTE	61,00 € <input type="checkbox"/>	63,00 € <input type="checkbox"/>	113,00 € <input type="checkbox"/>
JEUNES 18-25 ans	33,00 € <input type="checkbox"/>	35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>
JEUNES MOINS DE 18 ans	33,00 € <input type="checkbox"/>	35,00 € <input type="checkbox"/>	85,00 € <input type="checkbox"/>

ABONNEMENT REVUE 11 numéros	
* 23,00 € <input type="checkbox"/>	28,00 € <input type="checkbox"/>

*Pour tout nouvel adhérent, tarif exceptionnel de 23 €/an au lieu de 28 €/an

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ à compléter obligatoirement

J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

FAMILLE : DEUXIÈME ADULTE ET/OU ENFANTS (si même adresse)

Joindre obligatoirement la « déclaration du licencié » par personne

ROUTE VTT / VTC GRAVEL

Je participe à des cyclosportives*

*Merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition de moins de 12 mois.

nom	Prénom	DDN	sexe	N° de licence	Mini braquet			Petit braquet			Grand braquet			
					2ème Adulte	Moins 18 ans	Jeunes 18-25 ans	2ème Adulte	Moins 18 ans	Jeunes 18-25 ans	2ème Adulte	Moins 18 ans	Jeunes 18-25 ans	6 ans et moins **
		[][][][][][][][]			43,00 €	19,50 €	33,00 €	45,00 €	20,50 €	35,00 €	95,00 €	70,50 €	85,00 €	50,00 €
		[][][][][][][][]			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		[][][][][][][][]			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		[][][][][][][][]			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Gratuité sur la licence 6 ans et moins en formules « mini » et « petit braquet »

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ à compléter obligatoirement

J'ai bien pris note de ces questions et comprends que certaines situations ou symptômes peuvent entraîner un risque pour ma santé et/ou pour mes performances.

J'atteste sur l'honneur avoir déjà pris, ou prendre les dispositions nécessaires selon les recommandations données en cas de réponse positive à l'une des questions des différents questionnaires

COÛT TOTAL DES LICENCES

€

PREMIÈRE LICENCE OU LICENCE CHEF DE FAMILLE

À compléter et à signer obligatoirement

Déclaration du licencié - Saison 2024

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

Je soussigné(e) né(e) le

Pour le mineur représentant légal de né(e) le

Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA 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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à le

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

FAMILLE : DEUXIÈME ADULTE ET/OU ENFANTS

À compléter et à signer obligatoirement

Déclaration du licencié - Saison 2024

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

Je soussigné(e) né(e) le

Pour le mineur représentant légal de né(e) le

Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA 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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à le

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

MODES DE PAIEMENT

Carte bancaire ou chèque (à l'ordre de la FFCT)

Autorise la Fédération française de cyclotourisme à prélever la somme de : €

N° Carte : Date d'expiration :

Le cryptogramme : Le :

Date de traitement :

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification quant aux informations vous concernant. Vous pouvez l'exercer librement en vous adressant à la Fédération Française de cyclotourisme, 12 rue Louis Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine.

Fédération française de cyclotourisme - 12 rue Louis Bertrand CS 800 45 -94207 Ivry sur seine cedex

☎ 01 56 20 88 82 ✉ l.blondeau@ffvelo.fr - Internet : www.ffvelo.fr

RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2024



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis affrî :

- 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 qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- 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.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre.

Vous disposez également d'un Guide Licencé et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencé du site de la Fédération www.frvvelo.fr ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues www.cabinet-gomis-garrigues.fr

En choisissant votre option d'assurance, le licencé choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise Non acquise	Acquise 5 000€	Acquise 15 000€
→ Décès accidentel	Non acquise	1 500€ 3 000€	2 500€ 7 500€
→ Décès ACV/AVC ¹⁾ :	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	3 000€	3 000€
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont : Prothèse dentaire : ■ par dent (maxi 4) ■ bns de prothèse Lunette : ■ par verre ■ par monture Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale) Actes non prescrits et non remboursables	Non acquise	120€ 200€ 500€ 3 séances à 50€	250€ 500€ 120€ 200€ 500€ 3 séances à 50€
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€
→ Assistance dont : ■ Rapatriement ■ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance ■ Frais de recherches, de secours et d'évacuation	Non acquise	Frais réels 10 000€ 3 000€	Frais réels 10 000€ 3 000€
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement			
→ Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :			Franchises
■ Casque	Non acquise	80€	80€
■ Cardio-fréquencemètre		100€	100€
■ Équipements vestimentaires		Non acquise	160€
■ GPS		Non acquise	30€
■ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	30€
			100€

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.

1 Résumé de la notice d'information Saison 2024

Demeurant exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
 - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- 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 conséquences :
 - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-conscritif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
 - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
 - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
 - de maladie ;
 - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
 - Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

1. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencé)

L'assuré garanti 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 (basse indemnitaire) l'assuré 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^e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365^e 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 employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assuré verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4^e jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30€ TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencé)

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€ ¹⁾

¹⁾ 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 : 25€ ou 50€ pour capitaux ci-dessus doublés.

Déclaration du licencié - Saison 2024

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

Je soussigné(e) né(e) le
Pour le mineur représentant légal de né(e) le

Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA 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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à le

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

Pour toutes informations : vos contacts



Amplitude Assurances
Céline COMIS / Philippe GARRIGUES

AMPLITUDE ASSURANCES
Céline Gomis - Philippe Garrigues
17 Boulevard de Gare
31500 TOULOUSE
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr
Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :
contact@amplitude-assurances.fr
Site internet :
www.cabinet-gomis-garrigues.fr



**LA FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE CYCLOTOURISME**
12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX
Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail :
l.blondeau@ffvelo.fr
Site internet :
www.ffvelo.fr



AXA ASSISTANCE
Convention n° 0804137
Ligne déléguée 7J/7 - 24h/24
01 55 92 12 94

II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues - Délégué à la Protection des Données - 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL - 3, place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.



Déclaration du licencié - Saison 2024

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

Je soussigné(e) né(e) le
..... né(e) le

Pour le mineur représentant légal de
Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA 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 Fédération
- Avoir choisi une formule MB PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à le

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