



313 Terrasses de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex

**ASSURANCE COMPLEMENTAIRE  
INDIVIDUELLE ACCIDENTS FACULTATIVE  
DESTINEE AUX ADHERENTS DE L'U.S.M.T.  
SOUSCRIT AUPRES D'AXA FRANCE POUR LA PERIODE DU  
01/09/18 AU 31/08/19**

**DEMANDE d'ASSURANCE**

**CONTRAT AXA n° 3933235404**

☞ *A retourner accompagné du règlement à l'ordre de INTER COURTAGE ASSURANCES à :*  
USMT 10 avenue Raymond Aron – 92160 Antony

**LE SOUSCRIPTEUR**

Section d'affiliation -----N° adhérent : -----  
M.  Mme   
Nom -----  
Prénom ----- Date de naissance -----  
Adresse : n° ----- rue : -----  
Lieu-dit ----- Code postal : -----  
Commune : -----  -----  
Adresse e-mail -----

**L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE**

*\* Je coche la formule que je désire souscrire en complément des garanties dont je bénéficie au titre de l'assurance souscrite par l'USMT et je n'oublie pas de signer le présent document.*

GARANTIES	OPTION 1 <input type="checkbox"/>	OPTION 2 <input type="checkbox"/>	OPTION 3 <input type="checkbox"/>
Décès accidentel	13 000 €	13 000 €	26 000 €
Invalidité Permanente Totale et partielle Accidentelle (franchise 10%) <sup>(1)</sup>	19 000 €	19 000 €	38 000 €
Incapacité Temporaire Totale de travail Accidentelle	néant	10€ /jour <sup>(2)</sup>	10€ / jour <sup>(2)</sup>
Cotisations Annuelles TTC valable jusqu'au 31/08/2018	15€	25€	35€

***En cas d'accident, je dois impérativement fournir dans les trois jours suivant l'accident les documents suivants, au secrétariat de l'U.S.M.T. : la déclaration de l'accident et le certificat médical descriptif initial***

(1) Réductible en cas d'invalidité permanente partielle selon le barème disponible auprès de l'USMT  
(2) Versement d'une indemnité journalière de 80% de 1/365ème du salaire annuel net imposable à compter du 16ème jour d'arrêt ;

**LA DATE D'EFFET, LA DUREE DU CONTRAT ET LE PAIEMENT DE LA COTISATION**

Après avoir pris connaissance des Conditions Générales, je demande que le contrat prenne effet le ----- à zéro heure jusqu'au 31 août prochain, sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation.

Je joins un paiement de -----€ réglé par chèque bancaire ou postal à l'ordre de INTER COURTAGE ASSURANCE.

**VOTRE SIGNATURE**

Le souscripteur dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information nominative le concernant en écrivant à l'assureur. La fourniture des informations demandées est OBLIGATOIRE pour pouvoir bénéficier du présent contrat. Le souscripteur est avisé des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou FAUSSE DECLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Fait à ----- le : ----- Signature -----  
Précédée de la mention « lu et approuvé »



313 Terrasses de l'Arche  
92727 Nanterre Cedex

**TABLEAUX DES GARANTIES \***  
**Dont vous bénéficiez au titre du contrat n° 3933235404**  
**Souscrit par l'U.S.M.T. auprès d'AXA FRANCE**  
**Pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019**

**RESPONSABILITE CIVILE**

<b>Garanties</b>	<b>Plafonds par sinistre</b>
•Dommages corporels	10 000 000 €
•Dommages matériels	6 000 000 €
•Dommages immatériels consécutifs	6 000 000 €
•Défense Pénale et Recours	100 000 €

**ACCIDENTS CORPORELS**

<b>Garanties</b>	<b>Plafonds par sinistre</b>
•Décès accidentel	13 000 €
•Invalidité Permanente Totale Accidentelle, (1) franchise 10%	19 000 €
• Frais médicaux et pharmaceutiques accidentels (2)	1 000 €
•Frais de recherche et de secours en montagne ou en mer (2)	1 000 €
•Incapacité Accidentelle Temporaire Totale de travail (franchise 15 jours) (3)	Indemnité journalière de 10 €/jour (1 an maximum)

(1) Réductible en cas d'Invalidité Permanente Partielle selon le barème à disposition auprès de l'U.S.M.T.

(2) A concurrence de 1 000 € et ce, en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tous autres régimes de prévoyance, organismes mutualistes, dispositions contractuelles ou statutaires.

(3) 80% de 1/365<sup>ème</sup> du salaire annuel net imposable, sans pouvoir dépasser 10 € par jour, versés à compter du 16<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail médicalement constaté pendant 365 jours.

**Etendue des garanties du contrat N°3933235404**

- Les garanties RESPONSABILITE CIVILE ET ACCIDENTS CORPORELS s'exercent dans le monde entier.
- La garantie RESPONSABILITE CIVILE couvre les membres adhérents de l'U.S.M.T. lorsque leur responsabilité est engagée vis-à-vis des tiers à l'occasion des activités qu'ils pratiquent au sein de l'association.
- Toutefois, les activités couvertes par la licence d'une fédération délégataire ne sont pas garanties par ce contrat.
- Les garanties ACCIDENTS CORPORELS couvrent les membres adhérents lorsqu'ils se blessent au cours de leurs activités associatives.

La garantie décès prévoit le règlement d'un capital aux ayants droit.

La garantie incapacité permanente intervient au-delà de 10% d'invalidité accidentelle par le versement d'une indemnité proportionnelle au taux d'incapacité médicalement retenu.

La garantie incapacité temporaire totale se traduit par le paiement d'une indemnité journalière forfaitaire, au-delà des 15 premiers jours d'arrêt de l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée.

\* **L'intégralité des garanties du présent contrat est consultable dans les Conditions Générales disponibles auprès du secrétariat de l'U.S.M.T.**