

ASSURANCE « INDIVIDUELLE ACCIDENTS COMPLEMENTAIRE »

Contrat n° XFR0007181AV19A B1 - AXA CORPORATE SOLUTIONS

DEMANDE D'ADHESION

Merci de bien vouloir retourner ce document complété et signé à SAAM VERSPIEREN GROUP
par courrier - 8 avenue du Stade de France – 93210 SAINT-DENIS,
ou à l'adresse ffp@saam-assurance.com

1 – IDENTIFICATION DE L'ASSURE

Monsieur Madame Mademoiselle NOM | _____
NOM DE JEUNE FILLE | _____ | PRENOM | _____
Né(e) le |__|_| |__|_| |__|_| à |_____ | NATIONALITE : |_____
ADRESSE |_____
CODE POSTAL |__|_| |__|_| |__|_| COMMUNE |_____ | PAYS |_____
TELEPHONE |_____ | ADRESSE E-MAIL |_____
SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) Séparé(e) Partenaire (PACS)
PROFESSION : |_____

2 - CHOIX DES GARANTIES

<input checked="" type="checkbox"/> DECES <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE	Capital de € (de 15.000 € à 150.000 €, selon le tableau ci-après)
--	--

OPTION : <input type="checkbox"/> INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	Indemnité journalière de : € (25 € ou 50 €/jour, selon le tableau ci-après) Durée d'indemnisation : <input type="checkbox"/> 365 jours <input type="checkbox"/> 90 jours Franchise : 15 jours
---	--

3 – BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES

Important : En cas d'absence de désignation d'un ou de plusieurs bénéficiaire(s) particulier(s) ou si cette clause devient caduque, le capital garanti en cas de décès sera versé selon la **clause contractuelle** suivante : votre conjoint non décédé, non divorcé et non séparé de corps ; à défaut à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ; à défaut à vos parents par parts égales entre eux ; à défaut à vos héritiers légaux selon la dévolution successorale.

Clause bénéficiaire particulière : indiquez les noms, prénoms et date de naissance de chaque bénéficiaire, en précisant, « par défaut » ou « par parts égales entre eux » :

- |_____
- |_____
- |_____
- |_____

4 - CAPITAL GARANTI ET PRIME D'ASSURANCE

DECES & INVALIDITE PERMANENTE

Tarification applicable
entre le 1^{er} Janvier 2019 et le 31 décembre 2019

Capital Garanti	Prime annuelle	Prime stage 16 jrs ou Journée découverte
15 000 €	52,50 €	4,60 €
30 000 €	105,00 €	9,21 €
45 000 €	157,50 €	13,81 €
60 000 €	240,00 €	21,04 €
75 000 €	300,00 €	26,30 €
90 000 €	360,00 €	31,56 €
105 000 €	472,50 €	41,42 €
120 000 €	540,00 €	47,34 €
135 000 €	675,00 €	59,18 €
150 000 €	750,00 €	65,75 €

OPTION - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Tarification applicable
entre le 1^{er} Janvier 2019 et le 31 décembre 2019

Indemnité Journalière (Franchise 14 jours)		
Durée d'indemnisation max.	365 jours	90 jours
Forfait journalier	25 €	25 €
Prime annuelle	96 €	45 €
Forfait journalier	50 €	50 €
Prime annuelle	180 €	80 €

5- PRISE D'EFFET - REGLEMENT DES PRIMES

Pratiquant à l'année

Prise d'effet souhaitée* : _____ | Contrat à durée ferme – Date fin contrat 31/12/2019

Les garanties prises en cours d'année seront facturées comme suit :

- Du 1er janvier au 31 mars 2019 (inclus) :	100% de la prime annuelle
- Du 1er avril au 30 juin 2019 (inclus) :	75% de la prime annuelle
- Du 1er juillet au 30 septembre 2019 (inclus) :	50% de la prime annuelle
- Du 1er octobre au 31 décembre 2019 (inclus) :	25% de la prime annuelle

Stage ou journée découverte

Date début stage* : _____ | Date Fin stage : _____

Mes primes seront acquittées auprès du SAAM:

- Par chèque à l'ordre du SAAM
- Par Prélèvement Bancaire
- Fractionnement Annuel
- Fractionnement Trimestriel
- Fractionnement Mensuel (prime annuelle minimale 200 €)

* Le contrat entrera en vigueur au plus tôt :

- à la date du cachet de la Poste, apposée sur le courrier d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat,
- à la date du courrier électronique d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat.

6 – DECLARATIONS ET SIGNATURES

Le proposant soussigné déclare que les renseignements qui précèdent sont, à sa connaissance, exacts et qu'ils servent de base à l'établissement du contrat qu'il peut souscrire. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte entraîne suivant le cas les sanctions prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Je déclare avoir reçu un exemplaire et pris connaissance du contrat d'assurance n° XFR0007181AV19A B1.

Fait à _____ Le _____
Signature du Proposant

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés », renforcée par le Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (règlement européen n° 2016-679 du 27 avril 2016) et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression ou de modification de vos données nominatives. Vous pouvez prendre contact avec le responsable des données personnelles pour toute information ou contestation en écrivant à l'adresse ci-dessous :

SAAM - 8 avenue du Stade de France - 93218 La Plaine Saint Denis cedex

www.saam-assurance.com - +33 1 49 64 13 07 – contact@saam-assurance.com

Société par actions simplifiées au capital de 139.261,77 euros

SIREN 572 031 870 – RCS Bobigny – N° Orias 07 003 050 - N° de TVA intracommunautaire FR 435572031870 – APE 6622 Z – SIRET 572 031 870 00080

Souscripteur : la personne physique titulaire d'une licence en cours de validité de la Fédération Française de Parachutisme bénéficiant de la garantie du contrat d'assurance de base n°XFR0007181AV19A.

Assuré : le titulaire d'une licence en cours de validité de la Fédération Française de Parachutisme ayant souscrit le contrat d'assurance INDIVIDUELLE ACCIDENTS COMPLEMENTAIRE n°XFR0007181AV19A B1.

Entrée en vigueur et durée du contrat : Moyennant paiement de la prime correspondante, le contrat entrera en vigueur au plus tôt :

- à la date du cachet de la Poste, apposée sur le courrier d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat,
- à la date du courrier électronique d'envoi de la demande d'assurance au présent contrat.

Il prend fin automatiquement le 31 décembre 2019, à 24h00 (sans tacite reconduction).

Garanties : Le contrat ne s'applique que dans l'hypothèse d'une souscription spécifique du licencié et est conditionné au paiement de la prime correspondante.

Il a pour objet de compléter au profit du licencié Souscripteur du contrat INDIVIDUELLE ACCIDENTS COMPLEMENTAIRE n°XFR0007181AV19A B1 l'indemnisation prévue au sein des Garanties de base n°XFR0007181AV19A, de la manière suivante :

- **En cas de décès accidentel** survenant dans les 12 mois qui suivent l'accident: le versement du capital prévu sur l'attestation d'assurance au(x) Bénéficiaire(s) et choisi lors de l'adhésion.

Les Bénéficiaires, sauf désignation olographe contraire de celui-ci remise à l'Assureur, seront :

- le conjoint, non divorcé ni séparé de corps judiciairement,
- à défaut, les enfants, nés et à naître, vivants ou représentés, par égales parts entre eux,
- à défaut, les père et mère, par égales parts entre eux, ou à défaut, le survivant, pour la totalité,
- à défaut, les héritiers dans l'ordre successoral.

- **En cas d'invalidité permanente :** le versement du capital prévu sur l'attestation d'assurance et choisi lors de l'adhésion, si, à la suite d'un accident, l'Assuré reste atteint après consolidation de ses blessures d'une invalidité permanente, pour le cas d'incapacité permanente totale, et réductible en cas d'incapacité permanente partielle, en appliquant à cette somme le pourcentage d'incapacité défini au barème d'invalidité contractuel ainsi que selon le barème d'indemnisation suivant :

- de 0 à 10 % : aucune indemnisation ne sera due (franchise)
- de 11 à 79 % : capital de base x taux d'IP
- de 80 à 100 % : capital de base x 2 x taux d'IP

- **En cas d'incapacité temporaire de travail :** le versement d'Indemnités journalières prévues sur l'attestation d'assurance et choisies lors de l'adhésion, pendant le temps où il ne peut plus se livrer à ses occupations, soit qu'il suive un traitement médical, soit qu'il se soumette au repos nécessaire à sa guérison.

Lorsque l'Assuré exerce une profession active, cette indemnité sera payée en totalité s'il est dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle (incapacité temporaire totale). Elle sera réduite de moitié s'il peut reprendre partiellement son travail (incapacité temporaire partielle).

Si l'Assuré n'exerce aucune profession ou activité, rémunérée ou non, l'indemnité sera payée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail figurant sur le certificat médical délivré par le médecin - traitant.

Elle sera dans tous les cas décomptée à partir du lendemain de l'accident après application d'une franchise de quinze jours et pour la durée constatée de l'Incapacité Temporaire et choisie lors de la souscription. En tout état de cause, elle ne peut être due au-delà d'une durée de trois cent soixante-cinq jours (moins franchise de quinze jours à déduire) suivant la date de l'accident.

Activités garanties : Les activités déclarées et garanties au titre du contrat, dans la limite des termes de celui-ci, sont les suivantes :

- a) **enseignement et pratique du parachutisme, activités éducatives, entraînement et de promotion qui y sont associées**, dans le cadre des

disciplines reconnues par la FEDERATION FRANCAISE DE PARACHUTISME.

Il est précisé que les activités dénommées B.A.S.E. ne sont pas des disciplines reconnues et qu'à ce titre, elles ne sont pas garanties par le présent contrat.

Il est précisé que toute discipline nouvelle reconnue par la FFP sera automatiquement garantie.

- b) **mise en œuvre des moyens terrestres ou aériens nécessaires à l'activité**

EXCLUSIONS : SONT EXCLUS DE LA GARANTIE LES ACCIDENTS RESULTANT :

- a) **D'UN ETAT D'IVRESSE OU D'USAGE DE DROGUES, STUPEFIANTS, TRANQUILLISANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;**
- b) **CAUSES A L'INSTIGATION DE L'ASSURE OU RESULTANT DE SA PARTICIPATION A UN CRIME ;**
- c) **DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES EMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, GREVES, LOCK-OUT, ACTES DE TERRORISME, DETOURNEMENTS D'AERONEFS, ATTENTATS, SABOTAGES ;**
- d) **DE L'UTILISATION POUR LE DECOLLAGES, L'ATERRISSAGE OU L'AMERRISSAGE, D'UN TERRAIN OU D'UN PLAN D'EAU QUI NE SERAIT NI OUVERT A LA CIRCULATION AERIENNE PUBLIQUE NI AUTORISE PAR L'AUTORITE COMPETENTE DANS LE CADRE DE LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR, SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE. DANS LE CAS DE TERRAIN, SURFACE OU PLAN D'EAU OUVERT A LA CIRCULATION AERIENNE PUBLIQUE, OU SIMPLEMENT AUTORISE, LA GARANTIE NE SERA ACQUISE QUE DANS LES LIMITES D'UTILISATION PREVUES PAR LE TEXTE D'OUVERTURE OU D'AUTORISATION ;**
- e) **DE L'UTILISATION DE L'AERONEF EN DEHORS DES LIMITES DE POIDS ET/OU DE CENTRAGE PRESCRITES TECHNIQUEMENT ;**
- f) **DE L'UTILISATION INTENTIONNELLE DE L'AERONEF AU-DESSOUS DES LIMITES D'ALTITUDE DE SECURITE PREVUES PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR SAUF AUTORISATION SPECIALE DES AUTORITES COMPETENTES OU SAUF CAS FORTUIT OU DE FORCE MAJEURE ;**
- g) **DE LA PARTICIPATION DE L'AERONEF A DES COMPETITIONS, TENTATIVES DE RECORD OU A LEURS ESSAIS, OU A TOUTES MANIFESTATIONS AERONAUTIQUES POUR LESQUELLES LA VITESSE EST LE FACTEUR ESSENTIEL DU CLASSEMENT DES CONCURRENTS ;**
- h) **GUERRE, INVASION, ACTES D'ENNEMIS ETRANGERS, HOSTILITES (QUE LA GUERRE SOIT DECLAREE OU NON), GUERRE CIVILE, REBELLION, REVOLUTION, INSURRECTION, LOI MARTIALE, POUVOIR MILITAIRE OU POUVOIR USURPE OU TENTATIVE D'USURPATION DU POUVOIR ;**
- EN OUTRE, EST EXCLUE DU CONTRAT TOUTE PERSONNE QUI, INTENTIONNELLEMENT, A CAUSE OU PROVOQUE UN ACCIDENT.**

Limites géographiques : Monde entier

Déclaration des sinistres : Il convient d'adresser dans les 5 jours de la survenance votre déclaration écrite à la FFP : 62, rue de Fécamp - 75 012 PARIS.

Droit de renonciation : En cas de souscription à distance (par téléphone, courrier ou Internet) de votre contrat (articles L. 112-2-1 et R. 112-4 du Code des assurances), vous disposez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus qui commencent à courir à compter du jour de la conclusion à distance du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. L'assuré qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, adresse une lettre recommandée avec avis de réception à la FFP et peut utiliser le modèle de lettre ci-dessous, dûment complété par ses soins :

« Je soussigné M _____, demeurant _____, renonce à mon contrat N° XFR0007181AV19A B1 souscrit auprès d'AXA CS le JJ/MM/AAAA et demande le remboursement des sommes qui me sont dues conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances. J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis mon acceptation de la présente offre. Date et signature».

Sauf en cas de mise en jeu des garanties du contrat, le montant de la cotisation acquitté sera remboursé par virement bancaire uniquement, dans les 30 jours de la réception de la demande et du RIB.

Nous vous invitons à prendre connaissance des informations d'ordre légal et réglementaire ci-après et à nous retourner le présent document daté et signé par vos soins.

I- DISTRIBUTION D'ASSURANCE

Le Code des assurances (articles L521-2 et suivants) impose aux intermédiaires en assurance de préciser par écrit un certain nombre d'informations lors de la remise d'un projet ou d'une proposition de contrat. Le présent document répond à cette obligation d'information.

➔ Mentions légales (art. R.521-1 du code des assurances)

Ces mentions figurent en bas de la présente page, en particulier notre n° d'immatriculation au Registre des intermédiaires en assurance. Il est aussi précisé qu'aucun assureur ne détient plus de 10 % de notre capital ou n'est détenu à plus de 10 % par nous.

➔ Informations concernant l'analyse du marché (art. L.521-2-II-1°b du code des assurances)

Suite à un appel d'offres auprès de plusieurs compagnies d'assurance et sur notre conseil, la FFP a souscrit les contrats d'assurances adaptés à vos besoins et conformes aux obligations légales auprès de la compagnie AXA CORPORATE SOLUTIONS.

Les garanties négociées avec cette compagnie vous sont remises avec la notice d'information correspondante et le formulaire de demande d'adhésion complété.

Notre recommandation est fondée sur les critères suivants :

- garanties et capitaux assurés en rapport avec vos risques et besoins ;
- meilleur rapport garanties/cotisation ;
- franchises adaptées à vos capacités financières ;
- adéquation d'ensemble avec votre situation ;
- sérieux et expérience des assureurs dans la gestion des sinistres ;
- solidité financière des assureurs.

➔ Notre rémunération

Pour ce projet de contrat, nous travaillons sur la base de commissions et de frais de gestion.

II- IDENTITE DES SOUSCRIPTEURS ET DES PAYEURS

En application de la 3ème directive européenne 2005/60/CE qui a instauré des obligations en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la fraude fiscale à l'égard des organismes financiers, et donc des intermédiaires en assurances, nous sommes contraints d'identifier les licenciés assurés lors de l'entrée en relation d'affaires et pendant toute la relation commerciale.

A cette fin, nous vous remercions par avance de bien vouloir remettre à la structure dont vous dépendez (pour les personnes physiques) : la copie recto-verso d'une **pièce d'identité en cours de validité** (CNI ou passeport ou permis de conduire ou carte de séjour),

Et à la FFP - pour les sociétés enregistrées en France : un **extrait K Bis** original, de moins de 3 mois, accompagné de la copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité de la personne physique représentant la société,

Et - pour les associations : la copie des **statuts** ou de la **déclaration en préfecture**, accompagnés de la copie recto-verso d'une **pièce d'identité en cours de validité** de la personne physique représentant l'association.

Si la personne réglant les primes du(des) contrat(s) est différente du souscripteur de ce(s) contrat(s), nous vous remercions de bien vouloir joindre également une copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité de cette personne en **indiquant le lien avec le souscripteur**.

III- TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

En cas de litige ou désaccord, nous vous invitons à contacter votre interlocuteur habituel chez SAAM VERSPIEREN GROUP qui vous accompagne tout au long de votre relation ou bien par e-mail : servicereclamations@saam-assurance.com. Dialogue et confiance sont nos priorités. Nous nous engageons à en accuser réception sous dix jours ouvrables maximum et d'y répondre dans un délai maximum de deux mois.

IV- MEDIATION DE L'ASSURANCE (pour les Particuliers)

En application de l'article L 611-1 du Code de la consommation, le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige entre un professionnel et un consommateur n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement introduite par ce dernier auprès du service "réclamation" du courtier.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'un des moyens suivants :

Adresse Postale :

La Médiation de l'Assurance
Pole CSCA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Adresse Mail :

le.mediateur@mediation-assurance.org

Adresse du site internet :

www.mediation-assurance.org

Signature du Proposant

Le