

N° Club : \_\_\_\_\_ Intitulé : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Pour les personnes ayant été licenciées N° Lic : \_\_\_\_\_ Ancien club \_\_\_\_\_

**Module :**  Promotion  Compétition **Nationalité :**  Française  Autres : \_\_\_\_\_

**Adresse (à compléter en capitale d'imprimerie) :**

Résidence, Bâtiment : \_\_\_\_\_

N° et libellé de la voie : \_\_\_\_\_

Lieu dit : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

E-mail :

Signature du joueur  
(des parents pour les mineurs)

**COVEA RISKS garantit l'ensemble des licenciés de la  
Fédération Française de Tennis de Table**

**Tarifs des garanties complémentaires**

Montant des capitaux complémentaires venant s'ajouter à ceux du contrat de base  
(âge limité à 70 ans pour les garanties décès-invalidités)

- de l'extrait des conditions générales d'assurances proposées par la FFTT, figurant sur le site Web de la FFTT à l'adresse [www.fft.com](http://www.fft.com) rubrique administratif
- le contrat d'assurances et déclare souscrire l'assurance de base
- des garanties complémentaires (options Or, Argent et Bronze) proposées par l'assureur fédéral, présentées ci-dessous. Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FFTT. Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.

	Bronze	Argent	Or
Capitaux décès	7 600 €	15 300 €	23 000 €
Capitaux invalidité en cas d'accidents corporels	15 300 e	30 500 €	46 000 €
Indemnités journalières Franchise 3 jours Durée maxi. 365 jours Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	Néant	15 €	23 €
Frais médicaux	_____	_____	50 % du régime conventionné de la S.S.
Cotisations complémentaires TTC	8 €	13 €	20 €

## Certificat Médical

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné

M, Mme ou Melle \_\_\_\_\_ et n'avoir constaté, à la date de ce jour de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

*Attention : le cachet doit être lisible ainsi que le n° d'ordre du médecin.*

**Cachet et signature du Médecin examinateur**