

Amies licenciées, amis licenciés

Nous vous invitons à l'Assemblée Générale du club, qui se tiendra :

Le vendredi 29 novembre 2024 à la Salle du Pontreau.

L'Assemblée débutera à **20 heures** avec la présentation des rapports (moral, activité et financier) suivie de l'élection du tiers sortant et de la remise des récompenses.

Si vous avez des questions à formuler au cours de l'A.G., merci de les adresser avant le 11 novembre au Président.

Très Important : Le Comité de Direction a besoin de regonfler ses effectifs.

Nous avons besoin de vous pour nous aider à gérer le club.

Vous souhaitez apporter votre contribution. Merci de contactez le Président avant le 11 novembre.

Le traditionnel pot de l'amitié sera servi à l'issue de l'Assemblée et il vous sera également possible de réserver votre licence 2025 en renseignant le document ci-dessous. Nous comptons sur votre présence.

Le Président, Philippe RAUTUREAU

Coupon à remplir et à remettre avec votre paiement à l'ordre du C.T.H. Merci.

NOM Prénom :		Date de naissance :	
<i>Pour les familles, remplir deux demandes de licences et appliquer le tarif famille sur une des licences et gratuité sur l'autre</i>			
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone fixe :		Portable :	E-mail :

Licences, type assurance, revue FFVélo : entourez le prix correspondant à votre choix

Prix des licences	Petit Braquet : RC. + défense recours + accident corporel et rapatriement		Grand Braquet : Assurance Petit Braquet + Dommages au vélo		Type de pratique
	Sans revue FFVélo	Avec revue FFVélo	Sans revue FFVélo	Avec revue FFVélo	
Année 2025					<input type="checkbox"/> Route
Jeunes - 25 ans	Gratuit	32€	-	-	<input type="checkbox"/> VTT
Adultes	55€	87€	106€	138€	<input type="checkbox"/> Les deux
Familles	94€	126€	197€	229€	

Déclaration, à remplir et à signer

Je soussigné(e) _____ né(e) le : ___ / ___ / ___ licencié de la FFVélo au CTH
(Pour le mineur représentant légal de : _____ Né le ___ / ___ / ___)

Avoir pris note des questions du questionnaire de santé 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.

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 datant de moins de 12 mois

En adhérant au CTH :

- Je m'engage à respecter scrupuleusement le Code de la route, les statuts et règlements de la Fédération française de cyclotourisme, les statuts du club et les avertissements de ce dossier d'adhésion :
- J'accepte que dans le cadre des activités organisées pour les adhérents du club, le CTH décline toute responsabilité en cas d'accident survenu avec un VAE ne répondant pas aux exigences réglementaires.
- J'accepte de recevoir les mails d'information de mon club ou de la Fédération et ses structures.
- J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de la Fédération.

Déclare :

- Avoir pris connaissance ci-dessous du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la FFVélo 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 FFVélo.
- Si c'est le cas, cocher les cases ci-après : Avoir choisi en complément des formules PB, GB, les options suivantes : Indemnités Journalières, Forfait Complément Décès/Invalidité. Ne retenir aucune option proposée

Fait à Les Herbiers, le ___ / ___ / ___

Signature licencié souscripteur (du représentant légal du mineur). _____



La pratique régulière du cyclotourisme est bonne pour la santé. Cependant, Chacun doit adapter sa pratique en fonction de ses pathologies et de ses aptitudes et limitation personnelles.

Ce questionnaire se substitue à l'obligation d'un certificat et a des objectifs d'éducation et de prévention. En cas de doute, l'avis de votre médecin traitant ou médecin spécialiste est indispensable.

En cochant les différentes cases de ce module, vous vous engagez à avoir bien lu, bien compris et pris les dispositions nécessaires au regard des recommandations données.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER UN MÉDECIN AVANT REPRISE DE L'ENTRAÎNEMENT OU CYCLOS-PORTIVE.

1 LES SYMPTÔMES - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine à l'effort ?
- > Avez-vous ressenti des palpitations ? Les palpitations sont une perception inhabituelle des battements cardiaques irréguliers et/ou rapides de durée brève ou plus ou moins prolongée.
- > Avez-vous déjà ressenti un malaise durant un effort ?
- > Avez-vous déjà eu une perte de connaissance brutale - au repos ou à l'effort ?
- > Avez-vous déjà ressenti un essoufflement inhabituel à l'effort ?



EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

avoir bien pris note de ces questions et comprends que certains symptômes peuvent être des signes de pathologie cardiaque à risque pour ma santé, et représenter potentiellement un risque vital. Je m'engage à stopper l'activité sportive intensive et à consulter d'urgence en cas d'apparition de ces symptômes.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST NÉCESSAIRE D'AVOIR PRIS AVIS AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION OU SUR UN BILAN PRÉALABLE À LA PRATIQUE INTENSIVE.

2 LES FACTEURS DE RISQUES CARDIOLOGIQUES

- > Avez-vous repris une activité physique intensive sans réaliser un bilan médical après 45 ans (femme) ou 35 ans (homme) pour évaluer votre risque cardiovasculaire ?
- > Avez-vous au moins deux de ces facteurs de risque cardiovasculaire ? (> 50ans, tabagisme, diabète, cholestérol, hypertension artérielle)
- > Êtes-vous suivi pour une pathologie chronique ? Toute pathologie peut présenter un risque soit par nature, soit par les effets secondaires de ses traitements.
- > Poursuivez-vous la pratique de cyclosportive et/ou l'activité physique intensive après 60 ans ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- > Un membre de votre famille (parents, frère, sœur, enfants) a-t-il présenté une maladie cardiaque avant 35 ans ?
- > Vous n'avez jamais réalisé d'électrocardiogramme (ECG) ? Nous recommandons de réaliser au moins un ECG dans la vie.



EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

comprendre que certains antécédents familiaux, les facteurs de risques cardiovasculaires, et certaines pathologies chroniques peuvent entraîner un risque lors de la pratique du sport et doivent faire prendre avis auprès d'un médecin pour une pratique sécurisée. De même, je comprends qu'un bilan médical à certains âges de la vie est nécessaire pour faire le point sur ma pratique et ses risques.

SI RÉPONSE POSITIVE À UNE DES QUESTIONS SUIVANTES, IL EST RECOMMANDÉ DE PRENDRE CONSEIL AUPRÈS D'UN MÉDECIN SUR UNE CONTRE-INDICATION TEMPORAIRE ÉVENTUELLE

3 LES PROBLÉMATIQUES LIÉES AU SPORT - AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

- > Avez-vous expérimenté une baisse inexpliquée de performance ?
- > Avez-vous arrêté le sport plus de 30 jours pour raisons de santé ?
- > Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- > Avez-vous été anorexique ? Ou pensez-vous ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez des problèmes avec la nourriture ?
- > Pour les féminines : vos règles ont-elles disparu depuis plus de trois mois ?
- > Avez-vous eu un traumatisme crânien ?
- > Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?



EN COCHANT CETTE CASE, J'ATTESTE SUR L'HONNEUR :

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



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

ATTESTATION QS – JEUNES

Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :

Vous devez obligatoirement compléter, signer et retourner l'attestation ci-dessous à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club qui la conservera.

Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :

Vous devez obligatoirement remettre à votre club ou à la Fédération (si vous êtes membre individuel) un certificat médical. Celui-ci devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du cyclotourisme datant de moins de 6 mois par rapport à la date de la demande de licence.

Par ailleurs, nous vous informons que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est strictement personnel et ne doit en aucun cas être communiqué à la Fédération pour les membres individuels ou à votre club. Les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

.....✂.....

ATTESTATION QS – JEUNES

A compléter, à signer et à remettre obligatoirement à la Fédération pour les membres individuels ou au club pour les licenciés appartenant à une structure.

Je soussigné(e) :

né(e) le :

Pour les mineurs représentant légal de :

né(e) le :

N° de licence

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé (QS – JEUNES) qui m'a été remis par la Fédération (ou par le club).

Et

Atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

Et

Reconnais que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à

le

Signature(s) de la(des) personnes exerçant l'autorité parentale

Signature



CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE

(Mise à jour du 16/09/2021)

Le code du sport (Art.L231-5) impose aux fédérations de veiller à la santé de ses licenciés et de prendre à cet effet, toutes les dispositions nécessaires.

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016 rend obligatoire le certificat médical de non contre-indication (CMNI) pour toute pratique sportive, et en précise les contours (durée et renouvellement).

Suite aux recommandations de la commission nationale sport santé, la Fédération incite depuis de nombreuses années les licenciés à se soumettre régulièrement à un examen médical complet.

La souscription de l'option « petit braquet » ou « grand braquet » liée à la production d'un test d'effort de moins de 2 ans auprès de notre assureur fédéral permet des garanties supérieures en cas de décès par accident cardio-vasculaire ou vasculaire cérébral.

Notre pratique, qu'elle soit compétitive ou non, est un sport susceptible d'amener les sollicitations cardiaques à leur maximum, ce qui constitue le facteur déclenchant de nombre d'accidents vasculaires, coronariens essentiellement. Eu égard aux recommandations des sociétés de médecine du sport, il est vivement souhaitable, après 45 ans chez l'homme et 50 chez la femme, de consulter un médecin cardiologue qui décidera de l'opportunité d'une épreuve d'effort.

- Formule de licence « Vélo rando » : Production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclotourisme **tous les 5 ans.**
- Formule de licence « Vélo Sport » : Pour une pratique sportive avec participation à des épreuves à temps et/ou à classement (dites Cyclo sportives) (1) production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du cyclisme en compétition **tous les 3 ans.**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Club d'affiliation : N° de licence :

Je soussigné(e), Dr..... certifie avoir examiné ce jour

M. Mme. Mlle

Et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication à la pratique du :

Cyclotourisme (licence vélo Rando)

Ou

Cyclisme en compétition (licence Vélo Sport)

A..... Le.....

Signature et cachet du médecin :
(Obligatoire avec ses coordonnées)



EXAMEN MEDICAL TYPE (FACULTATIF) pouvant être prérempli par l'intéressé

Document à présenter à un médecin du sport, votre médecin référent ou un autre médecin de votre choix pour la délivrance du certificat de non contre-indication et à conserver.

Antécédents sportifs

Autres pratiques :

Cyclotourisme : Depuis combien de temps ?
Volume de pratique (km/an) :

Antécédents médicaux

Familiaux : Maladies ou décès d'origine cardiaque dans la famille ? Oui Non
Hypertension artérielle ? Oui Non
Maladies métaboliques (diabète, cholestérol, triglycérides, ...) ? Oui Non
La ou lesquelles ?

Personnels : Age : plus de 45 ans ?
 Hypertension artérielle
 Diabète
 Hyperlipidémie (diabète, triglycérides)
 Tabagisme
 Sédentarité (arrêt de toute pratique sportive régulière depuis plus d'un an)
 Stress
 Prise médicamenteuse : laquelle ?
 Antécédents chirurgicaux : Lesquels ?
 Autres : (vertiges, troubles visuels, crises convulsives, ...)

Examen clinique : Taille (m) : Poids (kg) :

Cardio-vasculaire : IMC : Pds (en Kg) / Taille² (m) =
Périmètre abdominal :
Signes fonctionnels à l'effort Oui Non
Si Oui lesquels ? (Palpitations, douleurs thoraciques, gêne respiratoire, ...)

Auscultation cardiaque :
TA de repos :
Pouls de repos :
Pouls périphériques tous perçus : Oui Non
ECG de repos (vivement recommandé)

Pulmonaire : Signes fonctionnels à l'effort Oui Non
Si Oui lesquels ? (Toux, gêne respiratoire, asthme, ...)

Appareil locomoteur : Rachis :
Membres supérieurs :
Membres inférieurs :

Neurologique : Troubles de l'équilibre : épreuve de Romberg yeux fermés =
Troubles de la vision (corrigés ou pas) :
Troubles de l'audition (corrigés ou pas) :
Antécédent de crise convulsive :

Uro-génital :

Autres : État bucco-dentaire :

Arrêté du 7 mai 2021

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU
RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE
COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR
UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans**Depuis l'année dernière****OUI****NON**

Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré(e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative

Date

Signature(s) de la(des) personnes exerçant l'autorité parentale

RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2025



(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 afin :

- 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 Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération www.ffvelo.fr ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues www.cabinet-gomis-garrigues.fr

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

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ Décès ACV/AVC ⁽¹⁾ :				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ Assistance dont :				
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	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		80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	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.

Demeurent 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-consécutif 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.

I. 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 Licencié)

L'assureur garantit 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 (base indemnitaire) l'assureur 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 l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur 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 Licencié)

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.

Pour toutes informations : vos contacts



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 dédiée 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 conseils, 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.