ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLEMENTAIRE

Je déclare souscrire à l'assurance individuelle complémentaire de la police **14020886** de Skydive Spa ASBL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance :...../...../..... N° de licence ……..

Téléphone : .....

Adresse : .....

Email : ……..

Affiliation Skydive Spa OK : ☒

……..
Signature

Ce document est à renvoyer avec copie de votre licence pour l'année en cours m.michel@groupassur.net

Article 13 - Assurance individuelle complémentaire

L'assurance individuelle complémentaire suivante est réservée aux membres effectifs du club ainsi qu'à ses instructeurs. Elle est souscrite au moyen du formulaire de demande d'assurance spécifique et ne sera d'application que complémentairement à l'assurance de base décrite à l'article 11. Elle prendra cours dès réception de la demande complétée et signée par le candidat assuré et dès réception du paiement au moyen du bulletin de virement joint à la demande d'assurance. Cette assurance se terminera de plein droit a 'expiration d'une période de 12 mois à compter de la date de souscription et couvre les garanties suivantes :

ASSURANCE INDIVIDUELLE COMPLEMENTAIRE *Capitaux additionnés à ceux de base couverts dans la police Skydive*	*Indemnités*
Décès	50.000,00 €
IP (franchise 10%)	50.000,00 €
IT (carence 30j + 365jrs)	25€ /jour
Traitement (3X INAMI)	6.200,00 €
Prime	175,00 -**€ /an TTC**

Payement 175 € à faire sur le cpt Groupe assure : BE62 0018 6518 0361
Libellé : assurance complémentaire skydivespa Non-Prénons-n°de licence
Les Docs de demande a renvoyé a m.michel@groupassur.net

☎ 04/338 88 89

Groupassur BE62 0018 6518 0361
Boulevard de la Sauvenière, 128 4000
LIEGE