



## BULLETIN D'ADHESION 2022

Contrat AXA France N° 6076806904

Police Individuelle Accident et Responsabilité Civile

**ADHERENT**

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Numéro de téléphone.....

Email .....

**Si adhérent mineur : indiquer email du responsable légal** .....

OUI, j'adhère au **Contrat Individuelle Accident et Responsabilité Civile** à échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2022 soit :  
pour la période du 01/01/2022 au 31/12/2022 proposé par le Club des Gentlemen-Riders et des Cavaliers,  
par l'intermédiaire de Gras Savoye WTW et souscrit auprès de AXA FRANCE.

**JE CHOISIS la formule (\*) :**

(\*) cocher la case correspondant à votre choix

**PLAT**                    **OU**

**OBSTACLE (y compris PLAT)**

Formule avec Indemnités Journalières  
(réservée aux Membres du Club GRC)

Option 1 / 200 €

Option 1 / 600 €

Option 2 / 300 €

Option 2 / 900 €

**OU**

Formule sans Indemnités Journalières

Option 1 / 130 €

Option 1 / 390 €

Option 2 / 195 €

Option 2 / 585 €

Règlement de la prime à l'ordre du Club des Gentlemen-Riders et des Cavaliers :

chèque bancaire de.....€

virement bancaire de.....€

A.....le...../...../.....

Signature obligatoire

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions contractuelles résumées dans la notice d'information jointe

Bulletin à retourner au :  
**CLUB DES GENTLEMEN-RIDERS ET DES CAVALIERES**  
Hippodrome de Saint Cloud  
1 rue du Camp Canadien  
92210 ST CLOUD  
☎ 09 67 34 24 02  
Email: club@clubgrc.fr

## TABLEAU DES GARANTIES

	OPTION 1	OPTION 2
<b>INDIVIDUELLE ACCIDENT</b>		
<b>Décès</b>	100.000 €	100.000 €
<b>Invalidité permanente</b> Franchise relative 5 %	Jusqu'à 61.000 € si invalidité supérieure à 60 % le capital de base servant au calcul de l'indemnité est porté à 122.000 €	Jusqu'à 92.000 € si invalidité supérieure à 60 % le capital de base servant au calcul de l'indemnité est porté à 183.000 €
<b>Indemnité journalière forfaitaire</b> (limitée à la période d'arrêt de travail – maxi 365j) * Franchise supprimée en cas d'hospitalisation supérieure à 3j	* 20 € par jour Franchise 15 jours*	* 35 € par jour Franchise 15 jours*
<b>Frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux</b>	400 % du Tarif de Convention (après intervention CPAM et mutuelle ou assurances)	400 % du Tarif de Convention (après intervention CPAM et mutuelle ou assurances)
<b>Frais de rapatriement</b>	200 €	400 €
<b>Forfait Hospitalier</b>	GARANTI	GARANTI
<b>Bris de lunettes et lentilles</b> (hors intervention Sécurité Sociale et mutuelle ou assurances)	150 € par sinistre	300 € par sinistre
<b>Soins dentaires et prothèses</b> (hors intervention Sécurité Sociale et mutuelle ou assurances)	300 € par sinistre	600 € par sinistre
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b>		
Tous dommages confondus (corporels, matériels et immatériels consécutifs)	1 000 000 € par sinistre, avec un maximum de 1 500 000 € par an <u>Franchise dommages corporels</u> : NEANT <u>Franchise dommages matériels et immatériels consécutifs</u> : 100 € par sinistre Exclusion des chevaux confiés	
Défense pénale et recours	15 000 € par sinistre Seuil d'intervention : 150 €	
TERRITORIALITE	MONDE ENTIER (sauf USA-Canada)	
<b>PRIME ANNUELLE TTC</b>		
PLAT	Avec Indemnité Journalière : 200 € Sans Indemnité Journalière : 130 €	Avec Indemnité Journalière : 300 € Sans Indemnité Journalière : 195 €
OBSTACLE	Avec Indemnité Journalière : 600 € Sans Indemnité Journalière : 390 €	Avec Indemnité Journalière : 900 € Sans Indemnité Journalière : 585 €

Je reconnais avoir été informé (e), conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées pour l'établissement des Conditions Particulières ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du code des assurances.

Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs, tant en France qu'au Maroc, de l'assureur et de Gras Savoye WTW, responsables du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés. Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès de d'AXA – Service Information Clients 313 Terrasse de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant. Que les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse ci-dessus indiquée.



## DECLARATION D'ACCIDENT

### PERSONNE BLESSEE

Nom.....  
Prénom.....  
Adresse.....  
Code postal..... Ville.....  
N° de Téléphone.....  
E-mail.....

**FORMULE SOUSCRIPTE :**  GARANTIE PLAT OU  GARANTIE OBSTACLE

Formule avec Indemnités Journalières  
(réservée aux adhérents Club GRC)

Option 1 / 200 €

Option 1 / 600 €

Option 2 / 300 €

Option 2 / 900 €

OU

Formule sans Indemnités Journalières

Option 1 / 130 €

Option 1 / 390 €

Option 2 / 195 €

Option 2 / 585 €

Etes-vous assuré social ?  OUI  NON

Numéro d'immatriculation..... Régime :  Général  Agricole  Autre

Nom et N° Mutuelle.....

### CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Date et lieu de l'accident.....

#### 1 - Si l'accident s'est produit en course

Nom de l'Hippodrome.....

Nom du Prix et Discipline.....

Nom du cheval.....

Nom du propriétaire et de l'entraîneur.....

#### 2 - Si l'accident s'est produit à l'entraînement

Nom du Centre d'Entraînement et de la Piste.....

Discipline :.....  Entraînement Plat  Entraînement Obstacle

Nom du cheval.....

Nom du propriétaire et de l'entraîneur.....

Nom et adresse des témoins.....

Dans les deux cas, circonstances détaillées de l'accident, nature et siège de la blessure :

.....  
.....  
.....  
.....



## PERSONNE EFFECTUANT LA

## DECLARATION

Nom.....Prénom.....

Qualité.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

A.....le.....  
**Signature obligatoire**

## PIECES A JOINDRE

- COPIE DE LA CARTE NATIONALE D'IDENTITE OU PASSEPORT
- CERTIFICAT MEDICAL décrivant les blessures (établi automatiquement par le médecin de l'hippodrome si l'accident se produit en course ou par le médecin dans le cas d'un accident à l'entraînement)
- CERTIFICAT D'ARRET DE TRAVAIL INITIAL et les prolongations
- RIB

### LE CAS ECHEANT

→ JUSTIFICATIFS ORIGINAUX DES FRAIS médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, **restant à la charge du blessé** après remboursement de la Sécurité Sociale et la Mutuelle ou tout autre régime de prévoyance (bordereaux de remboursement à joindre) et/ou facture acquittée mentionnant le montant des frais de réparation des dégâts matériels.

### EN CAS DE DECES :

- CERTIFICAT MEDICAL indiquant la cause du décès,
- Cordonnées du Notaire chargé de la succession, coordonnées du Procès-verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

### POUR RAPPEL, CES DOMMAGES NE SONT JAMAIS GARANTIS : (liste non exhaustive)

- Effets personnels ainsi que vêtements (bottes, casque, etc...)
- Frais de transport (hors transport pris en charge par le régime obligatoire)
- Frais liés à une demande de chambre particulière, télévision...

## DECLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER DANS LES CINQ JOURS PAR EMAIL :

[club@clubgrc.fr](mailto:club@clubgrc.fr)

et

[hipcover@grassavoie.com](mailto:hipcover@grassavoie.com)

**Le Club ne pourra réclamer l'indemnisation auprès de Gras Savoye, selon les garanties prévues, qu'à réception de ces documents.**