

1. PERSONNE A ASSURER

1.1. ADHERENT / PERSONNE A ASSURER

Identification du cavalier à assurer :

Adherent assuré Enfant à assurer (< 18 ans)

Si le cavalier à assurer est l'adulte adhérent :

Civilité : Nom : Prénom :

E-mail : Téléphone :

Adresse :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Code postal : Ville :

Si le cavalier à assurer est un enfant âgé de moins de 18 ans :

Nom du mineur (*assuré*) : Prénom :

Nom de son représentant légal (*adhérent non assuré*) : Prénom :

E-mail : Téléphone :

Adresse :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Code postal : Ville :

1.2. ANTECEDENTS DU CAVALIER

Professionnel de l'Equitation : OUI - NON

Titulaire d'une licence compétition : OUI - NON

Galop obtenu :

Poids : kg

Taille : m

Avez-vous été victime d'un accident ou d'une maladie
ayant entraîné une invalidité permanente ?

OUI – NON

Si oui, précisez la date de survenance, la nature et le taux d'invalidité :

Suivez-vous actuellement un traitement médical
suite à un accident ou une maladie ?

OUI – NON

Si oui, précisez la date de survenance, la nature de l'affection et le traitement en cours :

Autres accidents déjà survenus durant la pratique de l'équitation les 36 derniers mois (date, nature des blessures, durée de l'arrêt de travail, séquelles) :

Conformément à l'article 27 de la loi du 6 Janvier 1978 N° 78.17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le proposant peut demander à l'assureur, communication, rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la société.

1.3. DISCIPLINE(S) EQUESTRE(S) PRATIQUEE(S)

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PROMENADE | <input type="checkbox"/> WESTERN | <input type="checkbox"/> HUNTER |
| <input type="checkbox"/> CSO | <input type="checkbox"/> TREC | <input type="checkbox"/> SKI JOERING |
| <input type="checkbox"/> DRESSAGE | <input type="checkbox"/> HORSE BALL | <input type="checkbox"/> TIR A L'ARC A CHEVAL |
| <input type="checkbox"/> CCE | <input type="checkbox"/> POLO | <input type="checkbox"/> EQUITATION TRADITIONNELLE
(amazone, islandaise...) |

2. GARANTIES SOUHAITEES (cochez la formule choisie)

2.1. CHOIX DE LA FORMULE

Vous avez le choix entre les trois formules de garanties suivantes, ainsi que la possibilité de compléter vos garanties avec l'option Incapacité temporaire.

Décès et Invalidité suite à un accident équestre (1) :

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
Capital décès	50 000 €	100 000 €	150 000 €
Capital invalidité	50 000 €	100 000 €	150 000 €
Tarif	<input type="checkbox"/> 93,78 € / an ou 8,60 € / mois TTC	<input type="checkbox"/> 156,45 € / an ou 14,30 € / mois TTC	<input type="checkbox"/> 219,13 € / an ou 20,10 € / mois TTC

Vous bénéficiez également en inclusion des garanties suivantes :

Garantie	Plafond	Franchise (/ sinistre)
Frais d'aménagement du cadre de vie	10% du capital invalidité, dans la limite de 5 000 / 10 000 / 15 000 €	Taux d'invalidité > 33%
Accompagnement psychologique	800 €	Néant
Frais médicaux suite à Accident (2), dont	600 €	
- maximum par dent	200 €	38 €
- maximum par paire de lunettes	300 €	
Frais de pension de travail	200 € / mois limité à 2 mois	Néant

(1) Pour les enfants de moins de 16 ans : limité à 50 % du montant de capital invalidité choisi et à 8 000 € en décès

(2) Limité à 2 prestations par an

Option Incapacité temporaire pour 38,75 € / an TTC (ou 3,55 € / mois) : OUI – NON

Garantie	Plafond	Franchise (/ sinistre)
Incapacité temporaire totale suite à accident (3) ou Hospitalisation suite à accident de l'enfant	100 € / jour (maximum 365 jours) 15 € / jour (maximum 80 jours)	30 jours 3 jours (avec prise en charge au 1 ^{er} jour si hospitalisation de plus de 3 jours)

(3) Garantie acquise uniquement aux assurés adultes

2.2. ETENDUE DES GARANTIES

Les garanties suivantes sont acquises à l'Assuré **exclusivement** lorsqu'il pratique une activité équestre à titre privé :

- Décès suite à accident,
- Invalidité permanente totale ou partielle,
- Frais d'aménagement du cadre de vie,
- Frais médicaux suite à Accident,
- Aide à domicile,
- Incapacité temporaire totale suite à accident (et Hospitalisation suite à accident de l'enfant).

Frais de pension de travail du cheval : le présent contrat s'applique **pour tout accident corporel** entraînant une hospitalisation d'une durée égale ou supérieure à 3 jours consécutifs.

2.3. CLAUSE DE DESIGNATION BENEFICIAIRE

En cas de décès, le bénéficiaire est la personne physique ou morale désignée sous ce dans ce présent document, à défaut :

- le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé ou non séparé de corps, la personne ayant conclu un pacs avec l'Assuré, le concubin notoire, à défaut ;
- les enfants, nés ou à naître de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut ;
- les ayants droit de l'Assuré.

Si vous ne souhaitez pas retenir la désignation type, vous pouvez rédiger une clause de désignation particulière ci-dessous :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse :	

Si vous souhaitez désigner plusieurs bénéficiaires, vous pouvez joindre un papier libre avec pour chaque bénéficiaire les informations susmentionnées.

3. DATE D'EFFET – COTISATION

Le contrat prend effet au plus tôt à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion par l'Assureur.

Mode de paiement : Chèque annuel Prélèvement mensuel* Prélèvement annuel

*En cas de paiement mensuel, la cotisation sera majorée de 10 %

4. DECLARATIONS DE L'ADHERENT/ASSURE

Vous certifiez exactes les présentes déclarations qui pourront constituer la base d'un contrat d'assurance sous réserve de l'accord exprès préalable de l'Assureur après analyse du présent bulletin, et reconnaissez avoir pris connaissance du texte des articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances (présents au chapitre 4.3 Sanctions des Conditions Générales).

Vous vous engagez à nous déclarer tout élément susceptible de modifier notre appréciation du risque et qui surviendrait postérieurement à la remise du présent bulletin rempli et signé, notamment tout événement susceptible de mettre en jeu les garanties de l'éventuel contrat.

Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 : vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations vous concernant ; ces informations sont destinées à Assurance & Audit SAS, responsable du traitement, à des fins de gestion et de suivi de vos contrats. Si vous souhaitez exercer vos droits ou obtenir des informations complémentaires, il vous suffit de nous écrire à Cavalassur BP 404 - 60500 Chantilly.

Vous reconnaissez avoir pris connaissance des Conditions Générales ref. CG IA CAVALIER 01/18 et Conventions Spéciales ref. CS_2018_01_IACAV qui composent le contrat et vous en acceptez les termes.

Vous autorisez l'Assureur à communiquer les informations sur votre demande à nos mandataires, réassureurs et organismes professionnels réhabilités.

Fait à _____ Le _____
Signature de l'Assuré ou de son représentant légal
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Single Euro Payment Area – Espace unique de paiements en Euros

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **ASSURANCE ET AUDIT SAS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ASSURANCE ET AUDIT SAS - 1 avenue du Général de Gaulle 60500 Chantilly.**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat (RUM) :

Assurance IA Cavalier :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville : _____ - Pays :

Identifiant créancier SEPA : **FR94ZZZ386900**

Nom : Assurance et Audit SAS

Adresse : 1 avenue du Général de Gaulle

Code postal : 60500

Ville : CHANTILLY - Pays : France

IBAN :

BIC :

A : Le :

Paiement : Récurrent/répétitif ponctuel

Mode de paiement : Annuel Mensuel

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat et joindre votre RIB-IBAN.

Annexe A : BAREME D'INDEMNISATION

Les cas de mutilation ou d'invalidité permanente sont déterminés et indemnisés comme suit :

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE			INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	
Perte totale des deux yeux	100%		Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur	
Alliénation mentale incurable et totale	100%		• surface d'au moins 6 centimètres carrés	40%
Perte des deux bras ou des deux mains	100%		• surface de 3 à 6 centimètres carrés	20%
Surdité totale des 2 oreilles, d'origine traumatique	100%		• surface inférieure à 3 centimètres carrés	10%
Ablation de la mâchoire inférieure	100%		Ablation partielle de la mâchoire inférieure	
Perte de la parole	100%		branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	40%
Perte d'un bras et d'une jambe	100%		Perte d'un œil	40%
Perte d'un bras et d'un pied	100%		Surdité complète d'une oreille	30%
Perte d'une main et d'une jambe	100%			
Perte d'une main et d'un pied	100%			
Perte des deux jambes	100%			
Perte des deux pieds	100%			
MEMBRES SUPERIEURS			MEMBRES INFERIEURS	
Droit	Gauche			
Perte d'un bras ou d'une main	60%	50%	Amputation de cuisse :	
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable)	50%	40%	moitié supérieure	60%
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65%	55%	moitié inférieure et de jambe	50%
Paralysie complète du nerf circonflexe	20%	15%	Perte totale du pied : désarticulation tibio-tarsienne	45%
Ankylose du coude en position	40%	30%	Perte partielle du pied :	
• favorable 15" autour de l'angle droit	25%	20%	• désarticulation sous-astragalienne	40%
• défavorable	40%	35%	• désarticulation médio-tarsienne	35%
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable des nerfs)	40%	30%	• désarticulation tarso-m�tataisienne	30%
Paralysie complète du nerf médian	45%	35%	Paralysie :	
Paralysie complète du nerf radial			• totale du membre inférieur : lésion incurable des nerfs	60%
• � la gouttière de torsion	40%	35%	• complète du nerf sciatique poplité externe	30%
• � l'avant-bras	30%	25%	• complète du nerf sciatique poplité interne	20%
• � la main	20%	12%	• complète des 2 nerfs sciatiques poplité externe & interne	40%
Paralysie complète du nerf cubital	30%	25%	Ankylose :	
Ankylose du poignet en position :			• de la hanche	40%
• favorable: dans la rectitude et en pronation	20%	15%	• du genou	20%
• défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30%	25%	Perte de substance osseuse étendue :	
Perte			• de la cuisse ou des deux os de la jambe état incurable	60%
• totale du pouce	20%	15%	• de la rotule avec gros écartement des fragments et g�ne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40%
• partielle du pouce : phalange unguéale	10%	5%	Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20%
Ankylose totale du pouce	20%	15%	Raccourcissement du membre inférieur :	
Amputation			• d'au moins 5 cm	30%
• totale de l'index	15%	10%	• de 3 à 5 cm	20%
• de deux phalanges de l'index	10%	8%	• de 1 à 3 cm	10%
• de la phalange unguéale de l'index	5%	3%	Amputation	
• simultanée du pouce et de l'index	35%	25%	• totale de tous les orteils	25%
• du pouce et d'un doigt sauf l'index	25%	20%	• de quatre orteils dont le gros orteil	20%
• de 2 doigts sauf le pouce & index	12%	8%	• de quatre orteils	10%
• de 3 doigts sauf le pouce & index	20%	15%	Ankylose du gros orteil	10%
• de 4 doigts y compris le pouce	45%	40%	Amputation de deux orteils	5%
• de 4 doigts le pouce étant conservé	40%	35%	Amputation d'un orteil (autre que le gros)	3%
• du médius	10%	8%		
• d'un doigt sauf le pouce, index & médius	7%	3%		

- ▲ Si l'assuré est gaucher, les indemnitis prévues pour les membres supérieurs sont interverties.
- ▲ L'invalidité fonctionnelle, totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à la Perte Totale ou Partielle.
- ▲ Les invalidités non énumérées au barème ci-dessus seront fixées à dire d'expert.