

Nouvel adhérent oui non - si non, n° adhérent : _____

Raison sociale _____

Nom _____ Prénom _____

Si mineur, représentant légal (nom, prénom, date de naissance) _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____ Pays _____

Date de naissance _____ Nationalité _____

E-mail (obligatoire) _____ Tél _____

Nom de l'école **MOUVNKITE** Code AFKite **16919**

Vos garanties choisies

Assurances

Primes annuelles	Responsabilité Civile	IA ⁽¹⁾ : 16 000 € + IJ ⁽¹⁾ : 35€/jr	Assistance Rapatriement	RC emport	IA passager	Cotisation AFKite	TOTAL N°1
Moniteur	<input checked="" type="checkbox"/> 78 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 4 €	<input type="checkbox"/> 27 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input checked="" type="checkbox"/> 18 €	€
Pratiquant	<input checked="" type="checkbox"/> 6 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 4 €	<input type="checkbox"/> 27 €		<input checked="" type="checkbox"/> 18 €	€
Pratiquant mineur	<input checked="" type="checkbox"/> 6 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 4 €			<input checked="" type="checkbox"/> 14 €	€
Élève	<input checked="" type="checkbox"/> 4 €	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 4 €			<input checked="" type="checkbox"/> 14 €	18 €

⁽¹⁾ Individuelle accident + Indemnités journalières + Frais médicaux

Vos options choisies

IJ complémentaire 50 € / jour	<input type="checkbox"/> 170 €	<input type="checkbox"/> 170 €
IA complémentaire à l'IA de base 30 € par tranche de 16 000 €	Capital souhaité : 16 000 € x _____ Prime : 30 € x _____	<input type="checkbox"/> _____ €
TOTAL N°2		
Participation facultative aux sites de pratique		<input type="checkbox"/> 2 €

Déclaration de bénéficiaires ⁽²⁾

Choisissez une des deux options.

Mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés à défaut mes parents, à défaut mes héritiers légaux.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

TOTAL _____ €

Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de SAAM

Vous pouvez également régler par CB sur le site web, dans la rubrique "AFKite"

01.49.64.10.59

www.saam.verspieren.com

afkite@verspieren.com

Date d'effet

____/____/____ Contrat annuel à durée ferme

Je certifie avoir pris connaissance de l'intérêt de souscrire une garantie IA complémentaire et des montants complémentaires proposés par l'AFKite.

Date : _____ Signature : _____