



# SPORT Individuelle Accident

## SPORTia

Votre demande  
de souscription

Êtes-vous déjà assuré(e) à la Macif ? OUI  NON

Si OUI, n° de Sociétaire Macif:

Numéro d'adhérent :  (réservé à la Macif)

**NOM de l'association sportive :** \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de Sociétaire :  code région :  (réservé à la Macif)

**Coordonnées  
de l'assuré(e)**  
(Écrire en majuscules)

**Nom de la personne à assurer :**  M  Mme  Mlle \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

**Coordonnées du représentant légal si l'assuré est mineur :**  M  Mme  Mlle

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. dom. : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous dans l'association sportive notée ci-dessus : \_\_\_\_\_

**Vous êtes :**  Marié(e)  En concubinage  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)

J'accepte de recevoir des offres, services et avantages par voie électronique des entités du groupe MACIF : oui  non

J'accepte de recevoir des offres, services et avantages par voie électronique des entités du groupe MACIF : oui  non

**Caractéristiques  
de votre demande  
de souscription**

Le montant des indemnités décès et pertes de salaires varie en fonction de l'option souscrite.  
Pour déterminer votre choix, veuillez-vous reporter aux articles 3 et 4 des conditions générales jointes.

**Option souscrite :**

**Option 1**

**Option 2**

**Option 3**

Fait le  à \_\_\_\_\_

Signature de la personne à  
assurer ou du représentant  
légal si l'assuré est mineur.

**Toute fausse déclaration** de ma part ou **toute réticence** de nature à modifier le risque me concernant entraîne la nullité de mon assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

**Je reconnais avoir reçu** un exemplaire des conditions générales Individuelle Accident **SPORTia** ainsi qu'un double de ma demande de souscription.

**Le contrat prend effet le** premier jour du mois qui suit la réception par la Macif de l'original de ma demande de souscription complétée et signée sous réserve **de l'encaissement** effectif de mon chèque de règlement.

**Tarif**

**Cotisation :** \_\_\_\_\_ €

Les conseillers distribuant les contrats sont rémunérés par un salaire fixe. Une prime variable en moyenne à 4% peut compléter leur rémunération.

**Vous devez retourner ce document à l'adresse suivante :**

**Envoi de votre  
souscription**

**MACIF Assurances de personnes - CS 69109 - 79061 NIORT Cedex 9**  
accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de la Macif.





# SPORT Individuelle Accident SPORTia

Votre demande de souscription

Êtes-vous déjà assuré(e) à la Macif ? Oui  NON

Si OUI, n° de Sociétaire Macif:

Numéro d'adhérent :  (réservé à la Macif)

NOM de l'association sportive : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° de Sociétaire :  code région  (réservé à la Macif)

**Coordonnées de l'assuré(e)**  
(Écrire en majuscules)

Nom de la personne à assurer :  M.  Mme  Mlle \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance

Coordonnées du représentant légal si l'assuré est mineur :  M.  Mme  Mlle

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. dom.: \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Tél. prof. : \_\_\_\_\_

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous dans l'association sportive notée ci-dessus

**Vous êtes :**  Marié(e)  En concubinage  Célibataire  Divorcé(e)  Veuf(ve)

J'accepte de recevoir des offres, services et avantages par voie électronique des entités du groupe MACIF : oui  non   
J'accepte de recevoir des offres, services et avantages par voie électronique des entités du groupe MACIF : oui  non

**Caractéristiques de votre demande de souscription**

Le montant des indemnités décès et pertes de salaires varie en fonction de l'option souscrite  
Pour déterminer votre choix, veuillez-vous reporter aux articles 3 et 4 des conditions générales jointes

**Option souscrite**

**Option 1**

**Option 2**

**Option 3**

Fait le  à \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer ou du représentant légal si l'assuré est mineur.

**Toute fausse déclaration** de ma part ou **toute réticence** de nature à modifier le risque me concernant entraîne la nullité de mon assurance (article L 113-8 du Code des assurances).

**Je reconnais avoir reçu** un exemplaire des conditions générales Individuelle Accident **SPORTia** ainsi qu'un double de ma demande de souscription.

**Le contrat prend effet** le premier jour du mois qui suit la réception par la Macif de l'original de ma demande de souscription complétée et signée sous réserve **de l'encaissement** effectif de mon chèque de règlement.

**Tarif** Cotisation \_\_\_\_\_ €

Les conseillers distribuant les contrats sont rémunérés par un salaire fixe. Une prime variable en moyenne à 4% peut compléter leur rémunération.

**Envoi de votre souscription**

**Vous devez retourner ce document à l'adresse suivante**

**MACIF Assurances de personnes - CS 69109 - 79061 NIORT Cedex 9**

**accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de la Macif.**

