

**BULLETIN D'ADHESION AUX GARANTIES COMPLEMENTAIRES DES ADHERENTS**  
**SAISON 2025/2026**

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur lui et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, l'Institut propose aux adhérents qui le souhaitent de souscrire des garanties complémentaires au-delà du contrat accidents corporels de base. (contrat n°149.351.121).

| NATURE DES GARANTIES                                                           | Option 1                           | Option 2                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| DECES                                                                          | 30 000 EUR                         | 50 000 EUR                         |
| INVALIDITE PERMANENTE<br>Franchise identique à la garantie de base             | 50 000 EUR                         | 80 000 EUR                         |
| INCAPACITE TEMPORAIRE<br>Versement d'indemnités journalières pendant 360 jours | 16 EUR / jour<br>Franchise 3 jours | 30 EUR / jour<br>Franchise 3 jours |
| <b>COTISATION UNITAIRE TTC PAR ADHERENT</b>                                    | <b>12,50 EUR</b>                   | <b>26,00 EUR</b>                   |

**COMMENT SOUSCRIRE ?**

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, remplissez, datez et signez ce bulletin d'adhésion et renvoyez-le accompagné d'un chèque à l'ordre de :

**Institut Français de Yoga - 25 rue de Chazelles - 75017 PARIS**

Pour toutes informations complémentaires : Contactez **SARLSOLUTIONS ASSURANCES**

- Tél. 01.40.59.29.29 / Fax : 01.45.75.76.37
- Email: [solutionsassurances@mma.fr](mailto:solutionsassurances@mma.fr)

| L'ADHERENT            |                                                                   |                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Nom / prénom :        | N° D ADHERENT:<br><i>(joindre obligatoirement une photocopie)</i> | ☎ : ____ / ____ / ____ / ____ / ____  |
| Adresse :             | CP : _____<br>Ville : _____                                       | Email :                               |
| <b>OPTION CHOISIE</b> | <b>OPTION 1 <input type="radio"/></b>                             | <b>OPTION 2 <input type="radio"/></b> |

**PERIODE DE GARANTIE :**

- Les garanties prennent effet : à la date de la réception du bulletin et du chèque auprès de l'assureur.
- Les garanties prennent fin au 31 août de chaque année.

L'ensemble des dispositions prévues dans la notice d'assurance du contrat de base dont le licencié déclare avoir reçu et pris connaissance trouve aussi application aux présentes garanties complémentaires.

A réception, l'assureur vous transmettra une attestation par mail (uniquement).

Signature de l'adhérent  
(ou de son représentant légal avec nom et prénom s'il est mineur)