

**BULLETIN D'ADHESION 2024**  
**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE GESTIONNAIRE/EXPLOITANT DE PATEFORME ULM**

Police N°FR00019216AV24A souscrite par la FFPLUM  
auprès d'XL Insurance Company SE, Représentée par XL Catlin Services SE, Succursale Française

**FORMULAIRE RESERVE AUX LICENCIES FFPLUM ET STRUCTURES AFFILIEES A LA FFPLUM  
POUR LES PATEFORMES ULM SITES EN FRANCE (Y COMPRIS CORSE, DROM, POM, COM).**

❖ **ASSURE :**

**NOM DU CLUB OU DE LA STRUCTURE AFFILIE FFPLUM :** .....

**Code FFPLUM :** .....

Représentée par **Nom :** ..... **Prénom :** .....

*Ou si vous n'êtes pas une structure affiliée FFPLUM*

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **N° adhérent FFPLUM :** .....

**A COMPLETER DANS TOUS LES CAS :**

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Tel :** ..... **Fax :** ..... **E-mail :** .....

❖ **OBJET DE LA GARANTIE :**

La présente garantie a pour objet de garantir l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en sa qualité de gestionnaire et/ou exploitant de la plateforme désignée ci-dessous, en raison de dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs occasionnés aux tiers. Il est entendu que la présente garantie couvrira la Responsabilité Civile encourue par l'Assuré en raison des opérations et service de secours médical, des opérations et services de secours-incendie, de la distribution, réception et stockage du carburant aux aéronefs ou à tous autres véhicules.

❖ **LIMITE DE GARANTIE RC GESTIONNAIRE/ PATEFORME ULM :**

1 600 000 Euros par sinistre et en tout par année d'assurance y compris risque de guerre selon clause AVN52G.

❖ **FRANCHISE :**

En ce qui concerne les dommages matériels, une franchise de 5% de la valeur de l'aéronef endommagé sera applicable, avec un minimum de 2 000 Euros.

❖ **DESIGNATION DE LA PATEFORME ULM :**

**Toponyme :** ..... **Code LFDDNN :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Commune :** .....

❖ **CONDITIONS DE SOUSCRIPTION :**

Selon les dispositions du contrat n° FR00019216AV24A dont la notice d'information contractuelle est jointe au présent bulletin.

❖ **PRIME D'ASSURANCE ANNUELLE FORFAITAIRE TTC :**

| Date de souscription                | Prime forfaitaire TTC (y compris Taxe de 9%) |
|-------------------------------------|--|
| A partir du 1 <sup>er</sup> Janvier | <input type="checkbox"/> 425,37 €            |
| A partir du 1 <sup>er</sup> Juillet | <input type="checkbox"/> 315.17 €            |

❖ **PROCEDURE A SUIVRE EN CAS D'ACCORD :**

**1/ BON POUR ACCORD :**

- Cocher les garanties souhaitées et complétez les options retenues en page 1
- Signer et parapher toutes les pages du présent document (3 pages).
- Nous retourner l'original de la présente proposition par courrier.

**2/ PRECISER ICI LA DATE D'EFFET SOUHAITEE :**

**Du ..... / ..... / 2024 à 0H00 au 31/12/2024 à 23H59 (Sans tacite reconduction)**

Le contrat expirera de plein droit au 31 décembre 2024 à minuit.

La date d'effet ne pourra être antérieure à la date figurant sur le cachet de la poste.

**3/ REGLEMENT :** garantie subordonnée au paiement de la prime.

Virement bancaire (merci d'indiquer l'identité du souscripteur : nom et prénom ou nom de la société)  
IBAN : FR76 1780 6002 0062 2142 9088 526 / BIC : AGRIFRPP878

Chèque bancaire n° .....joint, à l'ordre d'AIR COURTAGE ASSURANCES

Carte bancaire, via un lien de paiement sécurisé qui vous sera adressé par email après réception de votre proposition signée.

**4/ ETES-VOUS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSEE (PPE) ou PROCHE D'UNE PPE ?**  NON  OUI

**Qui est PPE ? \***

Les personnes qui exercent, ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an, des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives pour le compte de la France, d'un État étranger ou d'une organisation internationale, ainsi que leurs proches (membres famille...)

Les personnes étroitement associées aux PPE, notamment dans le cadre d'une société ou structure juridique (fiducie ou trust) ou entretenant un lien d'affaires (commercial ou économique) étroit.

\* Selon l'article R561-18 du Code Monétaire Financier - Information désormais rendue nécessaire en vertu de la lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme

**5/ ETES-VOUS UNE PERSONNE MORALE ?**  NON  OUI

Si OUI : Nom du bénéficiaire effectif de la personne morale (si différent de vous) : .....

En tant que profession réglementée, nous devons identifier les bénéficiaires effectifs de nos clients (la ou les personnes physiques qui possèdent directement ou indirectement plus de 25% du capital ou des droits de vote de la personne morale, ou à défaut la personne physique qui exerce un pouvoir de contrôle sur les organes de direction ou de gestion de cette dernière)

**6/ SUPPORT DE COMMUNICATION :**

Comment souhaitez-vous recevoir l'ensemble de nos correspondances/ contrats :  100% papier  
 100% digital

**7/ CONSENTEMENT ACTION COMMERCIALE :**

Acceptez-vous de recevoir de la part d'AIR COURTAGE ASSURANCES par email, SMS, téléphone ou par courrier des informations à caractère commercial susceptibles de vous intéresser ?  NON  OUI

## 8/ DECLARATIONS :

Je soussigné(e) M ..... , adhèrent au contrat d'assurance groupe souscrit par la FFPLUM pour le compte de ses membres et structures affiliées, déclare :

- Avoir pris connaissance de la [FICHE D'INFORMATIONS LEGALES AIR COURTAGE ASSURANCES](#) (dans laquelle vous trouverez notamment les informations concernant le traitement des données personnelles, les réclamations, la médiation de l'assurance) et celle de la [FFPLUM](#) ainsi que la [FICHE D'INFORMATIONS ET CONSEILS](#) à destination des membres et structures .

- Avoir reçu, pris connaissance la notice d'information légale du contrat n° FR00019216AV24A

- Avoir reçu, pris connaissance et accepté les conditions, limites et exclusions du contrat n° FR00019216AV24A garantissant la RC PLATEFORME ULM auprès de la compagnie d'assurance XL Insurance Company SE, Succursale Française, représentée par XL Catlin Services SE, Succursale Française.

- Avoir pris note que l'ensemble des garanties que vous avez **souscrites débutent à compter de la date d'effet mentionnée sur le présent bulletin de souscription** sans que cette date soit antérieure à la date figurant sur le cachet de la poste et sous réserve du paiement de la prime. **L'expiration s'effectuera de plein droit le 31 décembre 2024 à 23h59.**

- Que les renseignements qui précèdent sont exacts. **Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte entraîne suivant le cas les sanctions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.**

- Avoir pris note que si, en tant que souscripteur personne physique, j'ai adhéré au présent contrat en utilisant uniquement des techniques de communication à distance (téléphone, fax, internet), et à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de mon activité commerciale ou professionnelle, je dispose de la faculté de renoncer à ce contrat, par écrit, pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat (date d'effet), sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour exercer ce droit de renonciation, il suffit d'adresser, sur un support papier (courrier simple, lettre recommandée...) ou sur un autre support durable (email,...), le modèle ci-dessous à l'adresse suivante : AIR COURTAGE ASSURANCES 330 Allée des Lilas - Hôtel d'Entreprises "Pierre Blanche" - 01150 SAINT VULBAS, France ou par email à : [info@air-assurances.com](mailto:info@air-assurances.com)

"Je soussigné(e) M..... (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à ma souscription au contrat ..... (Nom du contrat souscrit) n° ..... que j'avais souscrit à distance le ..... Fait à ..... le ..... signature ....."

Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation, et les cotisations déjà versées me seront remboursées, à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations m'ont déjà été versées au titre de mon adhésion, je ne peux plus exercer mon droit à renonciation.

---

Fait le ..... /..... /.....

Nom, Prénom :

Signature :

### **A RETOURNER A L'ADRESSE POSTALE SUIVANTE :**

AIR COURTAGE ASSURANCES - 330 Allée des Lilas - Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche » - 01150 SAINT VULBAS

### **OU A L'ADRESSE EMAIL SUIVANTE :**

[ffplum@air-assurances.com](mailto:ffplum@air-assurances.com)