

**Certificat N°00100814 - Partenaire : OPRA SA**

Nom, Prénom : ATINKPAHOUN DELPHINE

Date de naissance : 28/07/1977

Adresse : 16 RUE BOURBON

Code Postal, Ville : 13350 CHARLEVAL

**OBJET DE L'ASSURANCE**

Le présent contrat a pour objet de garantir les Assurés contre les accidents dont ils pourraient être victimes pendant toute la durée du contrat lors de la pratique sportive selon l'une des deux catégories suivantes :

**Catégorie A** : Tout sport aérien avec ou sans pilotage (sauf à titre de passager sur les vols réguliers), du parachutisme, de la spéléologie, tout type de courses de véhicules terrestres (automobiles, motos, ...)

**Catégorie B** : Tout autre sport

Par pratique, on entend tout sinistre survenant lors de l'exercice de l'activité sportive ou ludique, le trajet ou la présence dans les vestiaires restent exclus.

**SPORTS PRATIQUES**

Sport de la catégorie B : Tout sport à titre amateur à l'exception : du sport aérien avec ou sans pilotage (sauf à titre de passager sur les vols réguliers), du parachutisme, de la spéléologie, de tout type de courses de véhicules terrestres (automobiles, motos, ...)

**GARANTIES :**

Décès accidentel et invalidité permanente Totale 2ème catégorie Sécurité Sociale Française suite à accident. Selon conditions générales valant Notice n° **ADP20181647** jointe.

**CAPITAL ASSURE - BENEFICIAIRES**

Montant du capital assuré : 10000 €.

Bénéficiaires : ATINKPAHOUN Delphine, Ayants droits.

**PERIODE ASSUREE :**

Du 01/08/2021 00:01 au 01/11/2021 00:01 (Durée : 3 mois).

**DÉCLARATIONS**

Le (ou les) assuré(s) déclare(nt) :

- Etre âgé(s) de plus de 18 ans et de moins de 70 ans au moment de la prise d'effet du présent certificat,
- Que les activités assurées par ce contrat le sont dans le cadre d'une pratique à titre amateur,
- Vouloir être assuré(s) uniquement pendant la période de pratique de l'activité,
- Ne pas être en état d'invalidité (s'il y a une invalidité existante, seule la garantie Décès accidentel est acquise).

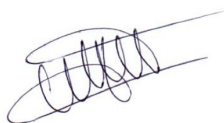
Je soussigné autorise la contractante à souscrire sur ma tête une assurance conformément aux dispositions du contrat ci-dessus référencé .

Je joins au présent document, un règlement par carte bancaire de 33.26 € correspondant à ma prime.

Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance conclu entre GROUPE SPECIAL LINES pour le compte de GROUPAMA Rhône-Alpes Auvergne et OPRA et en conserver un exemplaire. Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus, qui serviront de base à mon adhésion. **Je reconnais que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances.**

Fait à Vitrolles, le 27 juillet 2021

La Compagnie par délégation :



Groupe Special Lines pour le compte de GROUPAMA Rhône-Alpes Auvergne

Entreprise régie par le code des assurances  
50 Rue de Saint-Cyr 69251 LYON CEDEX 09  
Siret : 779 838 366 000 28  
Office de Placement des Risques d'Assurance SARL au capital de 9 000.00 €  
900 CHEMIN DE L'AUMONE VIEILLE L'ANGEVINIERE BAT B2 13400 AUBAGNE  
RCS Salon de Provence 498 729 656 - Inscription ORIAS N° 09 049 322 www.orias.fr  
Garanties financières et assurances responsabilité civile professionnelle  
conforme aux articles L 530.1 et L 530.2 du Code des Assurances