

**BULLETIN D'ADHÉSION AU CONTRAT N° IA2305414**  
**ACCIDENT CORPOREL GROUPEMENT DE CHASSEURS**  
(à nous retourner, dûment complété et signé)  
BS ASSURANCES – BP 51 – 77103 Meaux Cédex  
Mail : [contact@assurance-chasse.eu](mailto:contact@assurance-chasse.eu)

**A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT**

J'ai souscrit au contrat RC organisateur :  Par le bulletin papier  
 Par internet : Date |\_\_| |\_\_| |\_\_| Commande N° |\_\_| |\_\_| |\_\_|

N° de client : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Société de Chasse de (ou en nom propre Nom/Prénom) : \_\_\_\_\_

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

E-mail : \_\_\_\_\_ Département fédération de chasse : |\_\_| |\_\_|

Nombre de chasseurs (invités et rabatteurs compris avec armes de chasse) : \_\_\_\_\_

Effet souhaité de l'adhésion : |\_\_| |\_\_| |\_\_|

**Adhérent(s)** : les organisateurs de chasses, à savoir les Particuliers, les Groupements, les Sociétés de Chasse ou les Associations Communales de chasse agréées qui organisent des parties de chasse et qui ont adhéré au contrat collectif n° IA2305414 souscrit et proposé par BS ASSURANCES et qui s'engagent à régler la cotisation auprès de BS ASSURANCES.

**TERRITORIALITÉ : France Métropolitaine**

Ce bulletin d'adhésion doit être adressé à l'assureur 7 jours minimum avant la date d'effet de l'adhésion.  
L'adhésion prend effet sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation par **BS ASSURANCES – DEPARTEMENT ASSURANCE CHASSE**.

**Durée des garanties : garanties acquises à compter de la date d'effet confirmée par BS ASSURANCES – DEPARTEMENT CHASSE jusqu'au 30 juin 2027.**

**CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES :**  
Les garanties sont acquises aux personnes présentes (clients chasseurs, organisateurs, accompagnateurs, rabatteurs) en cas de dommages corporels survenant exclusivement lors des journées de chasse organisées par l'adhérent.

**MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES PAR ASSURE**

GARANTIE	CAPITAL	FRANCHISE
Décès suite à Accident	25.000 EUR	Néant
GARANTIE	CAPITAL	FRANCHISE
Invalidité Permanente Totale suite à Accident (selon barème Assureur)	50.000 EUR	10 % franchise relative
GARANTIE	CAPITAL	FRANCHISE
Frais de rapatriement suite à Accident	5.000 EUR	Néant

- **Maximum garanti** : par événement 750.000 EUR / par assuré : 55.000 EUR

Je certifie ne pas avoir été victime d'un accident ou d'une maladie ayant entraîné une invalidité permanente.  
Je certifie sincères et exacts tous les renseignements portés sur le présent document et déclare avoir été informé que toute fausse déclaration, omission ou inexactitude entraîne les sanctions prévues aux articles L.113-8 (nullité du contrat) et L.113-9 (Réduction des indemnités) du Code des Assurances et aux articles 1104 et 1964 du Code civil (absence d'aléa).

Je certifie avoir pris connaissance des conditions de la notice dont un exemplaire m'a été remis.  
Je règle la cotisation de ..... EUR TTC, à l'ordre de **BS ASSURANCES** par chèque.

Fait à \_\_\_\_\_ le |\_\_| |\_\_| |\_\_| Signature de l'adhérent