



- À photocopier/À télécharger et à transmettre à chaque parent d'animé et d'animateur.
- À remplir et à signer par les parents qui le désirent.
- À renvoyer à GCB, rue Paul-Émile Janson, 35 - 1050 Bruxelles ou par mail à [gcb@guides.be](mailto:gcb@guides.be).
- Quand ? En début d'année Guide.

## INVALIDITÉ PERMANENTE ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE SUITE À UN ACCIDENT

Les GCB ont souscrit auprès d'AXA Belgium SA une police d'assurance complémentaire (facultative) à laquelle peuvent adhérer les membres qui le souhaitent. Cette police a pour objet de garantir, à la suite d'un accident corporel, tant pendant les activités Guides que sur le chemin de celles-ci, le paiement d'indemnités en cas d'invalidité permanente et/ou en cas d'incapacité temporaire.

Les assurés ont le choix entre deux modalités :

- Prime annuelle de 3,28 € pour un capital de 37 185 € en cas d'invalidité permanente de 100%.
- Prime annuelle de 8,69 € pour un capital de 37 185 € en cas d'invalidité permanente de 100 % et pour un revenu de remplacement de maximum 12,39 € par jour d'incapacité temporaire totale ou partielle à partir du 31<sup>e</sup> jour qui suit l'accident et ce, pour un an maximum. Cette formule s'adresse aux personnes exerçant une activité professionnelle.

Les parents sont invités à remplir le formulaire s'ils souhaitent souscrire à cette assurance.

L'assurance couvre l'année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).

Pour tout renseignement complémentaire, il est possible de contacter le Centre Interdiocésain (C.I) Assurances S.A au 02/509.97.75.

### SOUSCRIPTION À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

#### INVALIDITÉ PERMANENTE ET INCAPACITÉ TEMPORAIRE SUITE À UN ACCIDENT

Prénom, nom de la personne à assurer (C'est moi-même - C'est mon enfant)\* :

..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse e-mail : ..... N° de téléphone : .....

Adresse postale : .....

Groupe GCB (Région, Unité, Branche) : .....

Je soussigné(e) : ..... m'engage, à payer la somme de :

- **3,28 €** pour un capital en invalidité permanente de 37 185 €  
OU
- **8,69 €** pour un capital en invalidité permanente de 37 185 € et un revenu de remplacement de 12,39 € maximum par jour d'incapacité totale ou partielle,

endéans les 30 jours après réception de la demande de paiement.

Date : ...../...../.....

Signature : .....

\*biffer la mention inutile

