

Assurance du dommage corporel en cas d'accident à l'occasion d'une compétition ou manifestation cycliste ou à l'occasion de l'entraînement, y compris la responsabilité civile en cas de dommage corporel ou matériel causé à autrui :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance: AG INSURANCE, Bd. E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles
 Nom et adresse du souscripteur de l'assurance: F.C.W.B., Avenue du Globe 49/1 1190 Bruxelles
 Durée de validité du contrat d'assurance : idem validité de la licence
 Validité territoriale: tous les pays.

En cas d'accident mortel, personne à laquelle l'indemnité doit être payée:

Nom / prénom: Adresse:
 Tél:

DECLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare ne pas avoir connaissance d'un élément qui s'opposerait à la délivrance de la licence sollicitée.
 Je m'engage à rendre ma licence dès qu'intervient un élément changeant de manière substantielle les circonstances existant lors de la demande de licence.
 Je déclare ne pas avoir sollicité une licence pour la même année auprès de l'UCI, d'une autre fédération ou d'un autre club.
 La présente demande ainsi que l'usage de la licence se font sous ma responsabilité exclusive.

Je m'engage à respecter les statuts et règlements de l'UCI, et de ses Confédérations et Fédérations.

Je déclare avoir lu ou avoir eu la possibilité de prendre connaissance de ces statuts et règlements.

Je participerai aux compétitions ou manifestations cyclistes d'une manière sportive et loyale.

Je me soumettrai aux sanctions prononcées à mon égard et porterai les appels et litiges devant les instances prévues aux règlements. J'accepte le Tribunal arbitral du sport (TAS) comme seule instance d'appel compétente dans les cas et suivant les modalités prévues par les règlements. J'accepte que le TAS se prononce en dernière instance. Sous ces réserves, je soumettrai

tout litige éventuel avec l'UCI exclusivement aux tribunaux du siège de l'UCI.

J'accepte de me soumettre à et être lié par le règlement antidopage de l'UCI, les clauses du Code Mondial Antidopage et ses Standards internationaux auxquels le règlement antidopage de l'UCI fait référence ainsi que les règlements antidopage des autres instances compétentes suivant le Code Mondial Antidopage, pour autant qu'ils soient conformes à ce Code.

J'accepte que les résultats d'analyse soient rendus publics et communiqués en détail à mon club/équipe/groupe sportif ou à mon soigneur ou médecin.

J'accepte que tous les échantillons d'urine prélevés deviennent la propriété de l'UCI qui peut les faire analyser, notamment à des fins de recherche et d'information sur la protection de la santé.

J'accepte que mon médecin et/ou le médecin de mon club/équipe communique à l'UCI, à sa demande, la liste des médicaments pris et des traitements subis avant une compétition ou manifestation cycliste déterminé

J'accepte les dispositions concernant les tests sanguins et accepte de me soumettre aux prises de sang

Fait à le

Pour autorisation et accord, signature du représentant légal :

 (Nom, prénom)

Signature du demandeur précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :

 (Nom, prénom)

Signature du Président ou du Secrétaire du club et cachet.

 (nom, prénom).....

Je soussigné, docteur en médecine, médecin de tutelle agréé, atteste, après examen approfondi et approprié (screening cardio vasculaire) du demandeur identifié ci-dessus, que ce dernier ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport cycliste.

 Signature, nom, adresse & cachet du médecin

La F.C.W.B. reprend vos coordonnées dans un fichier afin de pouvoir informer ses affiliés ainsi que les tiers qui lui sont liés contractuellement. Conformément aux dispositions légales, vous pouvez demander communication de vos données et y apporter des corrections éventuelles.

Le paiement est à effectuer préalablement sur le compte 271-0061000-19 de la F.C.W.B. Veuillez mentionner le nom du sportif lors du paiement.