**BULLETIN DE SOUSCRIPTION 2017**

**SOUSCRIPTEUR**

Le Conseil Français des Confréries - 8 rue de la Poste - 36110 VINEUIL

**ASSOCIATIONS ADHERENTES AU COFRACO**

Nom de l'association : Nom du Président : Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : / / / / Email :

**Merci de fournir une copie de votre carte d'adhérent au Conseil Français des Confréries**

**Je déclare souscrire le plan de protection suivant, à effet du : / /**

**COTISATION TTC ANNUELLE**

* ***RESPONSABILITE CIVILE - DEFENSE RECOURS, RESPONSABILITE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS, ASSISTANCE AUX PERSONNES, INDEMNISATION DES ACCIDENTES CORPORELS, PROTECTION JURIDIQUE, GARANTIE DES BIENS MOBILIERS, AUTO COLLABORATEUR - GARANTIE COMPLEMENTAIRE***

|  |  |
| --- | --- |
| **BUDGET DE L'ASSOCIATION** | **COUT ANNUEL TTC** |
| **Jusqu'à 10 000 Euros** | **65 Euros** |
| **De 10 001 à 50 000 Euros** | **80 Euros** |
| **De 50 001 à 100 000 Euros** | **180 Euros** |
| **De 100 001 à 200 000 Euros** | **250 Euros** |
| **De 200 001 Euros à 300 000 Euros** | **350 Euros** |
| **Au delà** | **500 Euros** |

**Vous déclarez que le budget de l'association pour l'exercice 2016 s'élève à : Euros**

# L’échéance annuelle du contrat est fixée au 1er Janvier. En cas de souscription en cours

 ***d’année, la cotisation correspondant au prorata de la cotisation sera indiquée lors de la mise en place du contrat***

**SIGNATURE**

*Après avoir procédé à l’examen des conditions de garanties et de cotisations proposées par SMACL Assurances, le représentant soussigné de la Personne Morale :*

* + donne son accord sur la présente proposition d’assurance
	+ demande que les garanties de SMACL Assurances s’appliquent à compter du / /

(\*)

A........................................ Le,

(Signature et cachet)

(\*) Sous réserve que le présent document soit parvenu à SMACL Assurances un jour franc avant la date de prise d'effet des garanties.