



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2016-2017



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité

Nom du club : N° d'affiliation du club :

IDENTITE

NOM : Sexe : M / F
PRENOM : Nationalité : FR / UE / ETR
Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Pays de résidence :
Téléphones : fixe mobile
Email (1) :

(1) Le demandeur (ou son représentant légal) doit fournir une adresse électronique à laquelle lui sera envoyé un code d'activation de son espace personnel sécurisé sur le site de la FFF afin de prendre connaissance de ses sanctions disciplinaires. A défaut, ce code lui sera communiqué sur le volet détachable de sa licence FFF, qu'il doit se faire remettre par son club.

CATEGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant Joueur Libre Joueur Futsal Joueur Entreprise Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTE

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,
Pour les joueurs (2):
- ne présente aucune contre-indication apparente
- à la pratique du football en compétition,
- est également apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).
Date de l'examen : / / (1)
Bénéficiaire (nom, prénom) (1)
Signature et cachet (1)(5)
Pour les dirigeants :
- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

ASSURANCES

Je soussigné(e) (nom, prénom)
Si représentant légal : Père / Mère / Tuteur légal reconnais avoir pris connaissance, dans le document au verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
 Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club ainsi que la création d'un espace personnel. Il accepte expressément que les sanctions disciplinaires lui soient notifiées sur cet espace (Mon Compte FFF).

Le représentant légal et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal

Signature

Représentant du club Le / /

Signature et nom

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur accepte expressément que les sanctions disciplinaires lui soient notifiées sur son espace personnel (Mon Compte FFF).

Le demandeur et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur

Signature

Représentant du club Le / /

Signature et nom

Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case



NOTICE D'ASSURANCE LIGUE RHÔNE-ALPES (saison sportive 2016 / 2017) (document non contractuel)

Pour tous renseignements et déclarations d'accident, contactez : LIGUE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL - 237, rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE Cedex



3. - DEFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.

ASSURES : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous, résidant en France dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.

ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) : Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal, ...

TERRITORIALITE : Les garanties s'exercent pour les dommages survenus en France, y compris les DOM-TOM et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Cotisation assurance : 3,48 € TTC par licencié (dont 2,57 € TTC au titre des garanties Individuelle Accident)

Table with 1 column: 1 RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 54132968)

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Rhône Alpes auprès de ALLIANZ I.A.R.D. (1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - Entreprise régie par le Code des assurances - SA au capital de 991 967 200 Euros...

1. - DEFINITIONS :

• Dommages corporels : toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique. • Dommages matériels : toute décoloration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substitution, toute atteinte physique à des animaux.

2. - EXCLUSIONS : • Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Dommages résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée.

3. - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES : Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au « tableau des limites de garanties et de franchise » ci-dessous.

Table with 3 columns: GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE, MONTANTS, FRANCHISES. Rows include Tous dommages confondus, Dommages matériels et immatériels consécutifs, Dommages immatériels non consécutifs, DEFENSE PENALE / RECOURS.

Table with 1 column: 2 L INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A20)

Accord collectif n° 980A20 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportsifs (MDS) (2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

1. - DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sur cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours, soit en ligne sur le site Internet de la Ligue Rhône-Alpes www.rhone-alpes.ff.fr, soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à LIGUE RHONE-ALPES DE FOOTBALL Service des Assurances - 237 rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE Cedex.

2. - PRESCRIPTION

Toutes actions découlant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1°) en cas de rétrocession, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ; 2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à...

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FOOT RHONE ALPES (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Souscuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Rhône Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportsifs un contrat de prévoyance « SPORTMUT FOOT » qui permet de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence, de garanties complémentaires (Invalidité Permanente, Déces, Indemnités Journalières).

Table with 5 columns: Exemples d'options (choisir votre option), Déces, Invalidité, U (à compter du 4ème jour pendant au plus 1095 jours), Cotisation annuelle Joueurs, Educateur Fédéral, Moniteur & Entraîneur, Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants.

4. - GARANTIES : (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

Table with 2 columns: INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu), DECES (2). Rows include Avant la consolidation, Invalité permanente, 1000 000 €, 92 000 € pour 100% d'invalidité.

Table with 4 columns: Frais de soins de santé (1), Frais de prothèses dentaires, Appareil et matériels divers (canes, béquilles, fauteuils roulants...), Prothèses auditives.

CAPITAL SANTE 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTE disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

Table with 3 columns: Frais de premier transport, Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits, Frais de reconversion professionnelle, Frais de remise à niveau scolaire.

- (1) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier. (2) En l'absence de stipulation expresse contraire, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin noir ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

5. - EXCLUSIONS : • La pratique professionnelle de toutes activités sportives. • Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de déces. • Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide.

6. - REGLEMENT DES PRESTATIONS - FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

Reglement des frais de soins divers : Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire. Formalités en cas d'invalidité : Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser : le taux d'invalidité probable et la date de consolidation.

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser aux Services Reclamations : 01.53.04.86.30 - 01.53.04.86.10 - Reclamations@grpmdds - Groupe MDS - Service Reclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (Accord collectif 980A20 - garanties souscrites auprès de MUTUAIDE)

Les prestations garanties en cas d'accident ou de maladie graves sont notamment : Le rapatriement ou le transport sanitaire. La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 335,72 €, déduction faite d'une franchise de 15,24 Euros par dossier.

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT RHONE ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagnée du règlement.

Assuré : M. Mme. Mlle. Nom de Jeune File : Prénoms : Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone : Date de naissance : Profession (nature exacte) : Club d'appartenance : Affiliation du club à la Ligue : Je déclare être licencié en tant que : Joueur Educateur Fédéral Moniteur Entraîneur Arbitre Dirigeant non pratiquant OPTION CHOISIE : N° Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré : Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin noir ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes. Autres dispositions : Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S. Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. Fait à _____ le _____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)