



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2016-2017

Ce formulaire doit être rempli, signé et conservé par le club avant toute saisie via votre espace licence. Il doit être accompagné du certificat médical.

RÉGION ILE DE France

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

Licencié

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Né(e) le : Nationalité :

Adresse :

CP : Ville :

E-Mail :

N° Licence FFSA : (Dans le cas d'un renouvellement uniquement)

- | | | | |
|--------------------------|---|------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Licence Adulte – compétitive ⁽¹⁾⁽³⁾ | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Adulte - non compétitive ^{(1) (3)} | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Jeune - compétitive ^{(1) (3)} | 26 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Jeune - non compétitive ^{(1) (3)} | 26 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Dirigeant ou Bénévole | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Autre pratiquant ^{(1) (2) (3)} | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| <input type="checkbox"/> | Licence Officiel, Juge et arbitre ⁽⁴⁾ | 0 € | |

Qualification(s) FFSA obtenue(s) (arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel, chronométrateur, escorte, médiateur de jeu ...):

Discipline(s) sportive(s) : Date(s) d'obtention(s) :

⁽¹⁾ La licence FFSA compétitive ou non-compétitive s'adresse exclusivement aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique. En cas de besoin, une attestation de l'établissement spécialisé (milieu médico-social), de l'établissement de l'Education Nationale (classes intégrées), de l'établissement ou structure spécialisée (milieu hospitalier) ou de la MDPH pourra vous être demandée par les instances fédérales.

⁽²⁾ La licence Autre pratiquant, s'adressant aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap mental et/ou psychique nécessite un certificat médical.

⁽³⁾ Certificat médical obligatoire.

⁽⁴⁾ Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors Officiels de table de marque).

Date du certificat médical : / / 20.....

Avec contre-indication

Sans contre-indication

Pratique en compétition

OUI

NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente :

OUI

NON

Droit à l'image

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

OUI

NON

Je soussigné(e) Président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date :

Signature du (de la) Président(e) et cachet du club
OBLIGATOIRE

Je déclare accepter que les informations portées sur cette fiche soient traitées informatiquement, sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne un droit d'accès et de rectification.

Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées par nos partenaires à des fins de prospection, veuillez envoyer votre demande à la Fédération Française du Sport Adapté — 3, rue Cépré 75015 PARIS

Date :

Signature du sportif ou de son représentant légal
OBLIGATOIRE

Médical

Il est obligatoire de remettre à chaque licencié ou à son représentant légal, la présente Notice d'information.

Notice d'information – Saison 2016 – 2017

(Conformément aux articles L321-1, L321-4, L321-5 et L321-6 du Code du sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Cette notice vous est remise par l'Association sportive dont vous êtes adhérent afin :

- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive,
- de vous informer des garanties d'assurances de personnes souscrites par la Fédération Française de Sport Adapté, ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre.

Pour toutes précisions et/ou renseignements complémentaires, le Cabinet GOMIS-GARRIGUES se tient à votre disposition.

RÉSUMÉ DES GARANTIES ASSURANCES DE PERSONNES DU CONTRAT FÉDÉRAL N° 54050091

1/ LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

Événement	OPTION B1 (2 €)	OPTION B2 (7 €)	OPTION B3 (14 €) <small>(réservée aux Administrateurs, Dirigeants statutaires et aux sportifs de haut niveau*)</small>
Décès accidentel	20 000 €	20 000 €	50 000 €
Incapacité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité), sous déduction d'une franchise relative IPP ≤ 5% <small>1 2</small>	50 000 € porté à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50%	50 000 € porté à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50%	100 000 € porté à 153 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50%
Un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital			
Indemnités journalières franchise 7 jours Indemnisation maximum 365 jours	Non garanties	35 € /jour	35 € /jour
Frais médicaux	5 000 € dont 300 € pour le bris de lunettes et 300 € par dent pour les frais de réparation ou remplacement de prothèse existante		
Forfait hospitalier	A concurrence des frais réels et avec un maximum de 3 000 €		
frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	3 000 €		

* inscrits sur les listes ministérielles de haut niveau, en application de l'art. L221-2 du Code du sport.

¹ Au titre de la garantie Invalidité Permanente, nous ne prenons en charge que les sinistres supérieurs ou égaux à 5% d'invalidité.

² Le montant de l'indemnité est majoré de 10 % par enfant à charge de moins de 18 ans si le taux d'infirmité est supérieur à 66 % et ce dans la limite de 50 % du capital garanti.

2/ L'ASSISTANCE (Assistance rapatriement dans le monde entier (séjour de 90 jours maximum))

Prestations concernées	Montant
Transport au centre médical le plus approprié	Frais réels
Rapatriement au domicile habituel	Frais réels
Présence d'un proche auprès du bénéficiaire hospitalisé plus de 7 jours	4 nuits d'hôtel à 77 € TTC soit 308 € TTC
Frais médicaux à l'étranger dont soins dentaires	80 000 € TTC 153 € (franchise absolue : 15€)
Retour prématuré en France en cas d'accident/maladie grave d'un membre de sa famille	Frais réels
Rapatriement du corps en cas de décès dont frais de cercueil	Frais réels 763 € TTC
Frais de recherches et secours	5 000€
Assistance juridique à l'étranger	1 500€
Caution Pénale à l'étranger	7 625€

Après intervention des secours d'urgence, toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de Mondial Assistance France en téléphonant au : **01.42.99.02.83** (ligne dédiée) accessible 24h/24, 7jours/7, en indiquant la référence du contrat Assistance (**n° 921610/54050091**) le nom et prénom du bénéficiaire, l'adresse exacte du bénéficiaire, le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

3/ EXCLUSIONS :

OUTRE LES EXCLUSIONS PREVUES AUX DISPOSITIONS GENERALES ASSOCIA PRO COM09366, DEMEURENT EXCLUS :

- **LES ACTIVITES PRATIQUEES DANS UN BUT LUCRATIF, EN DEHORS DES MISSIONS AU PROFIT DE LA FFSA ;**
- **LES ACCIDENTS RESULTANT DE LA PRATIQUE DES SPORTS AERIENS, DES SPORTS OU LOISIRS COMPORTANT L'UTILISATION D'ENGINS TERRESTRES, AERIENS OU NAUTIQUES A MOTEURS, DE LA SPELEOLOGIE** (hors initiation en ou hors milieu souterrain encadré par un professionnel de la FF de spéléologie), **DU RAFTING** (hors initiation ou découverte encadrée par un professionnel de l'activité), **DE LA CHASSE ;**
- **LES EPREUVES SPORTIVES NON AGREES PAR LA FFSA.**

4/ OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

Vous devez :

- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour sauvegarder et limiter l'importance des dommages,
- nous déclarer le sinistre dans les 5 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.
- nous indiquer dans votre déclaration :
 - la date, le lieu, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre,
 - la nature et le montant approximatif des dommages,
 - les références des autres contrats susceptibles d'intervenir,
 - les coordonnées de l'auteur responsable s'il y a lieu et, si possible, des témoins en indiquant si un PV ou un constat a été établi.
- nous faire parvenir dans les 8 jours à compter du sinistre, un certificat médical indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

4/ CONTACTS

Pour adresser vos déclarations de sinistre	En cas d'assistance rapatriement
FFSA - Mme Sandra DE CRESCENZO 3, rue Cépré 75015 PARIS Téléphone : 01.42.73.90.05 Télécopie : 01.42.73.90.10 Mail : sandra-decrescenzo@ffsa.asso.fr	Mondial Assistance France Contrat N° 921610/54050091 Téléphone à partir de la France : 01.42.99.02.83 Téléphone à partir de l'étranger : + 33.1.42.99.02.83 N° ORIAS : 07026 669
Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N° 54050091	
Cabinet GOMIS-GARRIGUES Agents Généraux Allianz N° ORIAS 07 019 666/07 020 818/08 045 968 80 Allée des Demoiselles 31400 TOULOUSE Téléphone : 05.61.52.88.60 Télécopie : 05.61.32.11.77 Mail : 5R09151@agents.allianz.fr Site : www.cabinet-gomis-garrigues.fr	

BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Bulletin à conserver par le club et à fournir en cas de déclaration d'accident. Sans ce coupon, la déclaration d'accident ne sera pas prise en compte.

Attention : L'assurance Responsabilité Civile couvrant les activités physiques et sportives est obligatoire mais non imposée par la FFSA.

La garantie accidents corporels est **facultative mais vivement recommandée.**

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante :

(Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Avec RC fédérale et Mondial Assistance	<input type="checkbox"/> Sans RC fédérale	<input type="checkbox"/> B1 (RC comprise)	<input type="checkbox"/> B2 (RC comprise)	<input type="checkbox"/> B3 (RC comprise)
0,95 €	(1)	2,00 €	7,00 €	14,00 €

(1) Si vous ne souhaitez pas souscrire à la RC fédérale, merci de nous faire parvenir votre attestation d'assurance mentionnant qu'elle couvre les activités physiques et sportives (soit, par courrier soit, par mail à sandra-decrescenzo@ffsa.asso.fr).

Fait à, le

Signature du sportif ou de son représentant légal

OBLIGATOIRE

Assurance