



A remplir intégralement

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

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

IDENTITÉ

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

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :
 Fédération étrangère le cas échéant :
 Motif de changement de club :

CERTIFICAT MÉDICAL

Dossier médical spécifique pour les arbitres

La demande de licence reste en attente tant que le dossier médical n'a pas été validé par la commission médicale compétente.

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni 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.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal

Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engage la responsabilité du club.

Nom, prénom :
 Le / / Signature :

OFFRES COMMERCIALES

Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales de la FFF, cochez cette case
 Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales des partenaires de la FFF, cochez cette case

COORDONNÉES

Les coordonnées du demandeur 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 DU GRAND EST (saison sportive 2018 / 2019) (document non contractuel)



Pour tous renseignements, contactez votre Correspondant Régional, Monsieur Guillaume ETWEIN – Ligue du Grand Est de Football – 1, rue de la Grande Douve – BP 19 – 54250 CHAMPIGNEULLES

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel et n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, ALLIANZ, MUTUELLE DES SPORTIFS et LIGUE DU GRAND EST au-delà des limites des contrats visés ci-après.

ASSURES : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous. Les joueurs licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre Ligue : à l'essai, ou en cours de mutation (notamment pour des raisons professionnelles).

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. Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique.

TERRITORIALITE : Les garanties s'exercent pour les dommages survenus en France, y compris les DOM-TOM et les Principautés d'Andorre et de Monaco. Elles s'exercent également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.

1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 57825375)

Contrat souscrit 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- 542 110 291 RCS Nanterre)

1.- DEFINITIONS :

Dommages corporels : toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique. Dommages matériels : toute détérioration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substance.

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.

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A24)

Accord collectif n° 980A24 souscrit par la Ligue du Grand Est de Football auprès de la Mutuelle des Sportifs (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 Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 422 801 910.

Le licencié a la possibilité de renoncer aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 2,30 € TTC) et donc à toute couverture en cas d'accident corporel par tout moyen permettant de faire la preuve de cette renonciation au siège de la Ligue simultanément à la demande de licence

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

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours, soit en ligne sur le site Internet de la Ligue du Grand Est (https://lgef.fff.fr), soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à la M.D.S.

Découper suivant le pointillé

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FOOT GRAND EST (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Souscriteuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue du Grand Est de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs par l'intermédiaire de MDS Conseil 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, Décès, Indemnités Journalières).

Table with 6 columns: Exemples d'options (cocher l'option choisie), Décès, Invalidité, IJ (à compter du 4ème jour, pendant au plus 1095 jours), Cotisation annuelle Joueur, Arbitre, Educateur, Moniteur & Entraîneur, Cotisation annuelle Dirigeants non pratiquants. Rows include options N° 1 through N° 8.

2. - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant 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 réticence, 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 jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie significatives à celui qui l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc.). Elle peut être également dans les cas ci-après : désignation d'expert à la suite d'un sinistre ; envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

Incapacité Permanente Totale ou Partielle : Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles. Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical (barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquentiels utilisés en droit commun) qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.).

Incapacité Temporaire Totale de Travail : Impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

Principe indemnitaire : Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Enfants à charge : Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

Subrogation : La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

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

INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 65%) (*) Avant la consolidation, lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé. (*) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP)
INVALIDITE PERMANENTE (2) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	92 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (franchise relative 4%)
DECES (1)	Majeur ou mineur émancipé : 31 000 € (+ 15% par enfant à charge) // Mineur non émancipé : 15 000 €

Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de prothèse dentaire	300 €/dent (maximum 1.500 €)	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels
Prothèses dentaires	300 €/dent (maximum 1.500 €)	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS

Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels
Prothèses dentaires	300 €/dent (maximum 1.500 €)	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS

Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels
Prothèses dentaires	300 €/dent (maximum 1.500 €)	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS

Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels	Frais de soins de santé	Frais réels
Prothèses dentaires	300 €/dent (maximum 1.500 €)	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS	Frais de soins de santé	300 % base de remboursement SS

BONUS SANTE 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstruit en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :

- Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux. • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale. • Frais de prothèse dentaire. • Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien. • En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc... ne sont pas pris en compte) / si le blessé est mineur : coût d'un parent accompagnant et frais de trajet / versement d'une indemnité journalière non soumise à conditions de revenus, de 20 €/jour. • Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles. • Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits. • Et d'une façon générale, tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

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 décès • Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide • Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active • Les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense • Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré • Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré • Les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

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

Règlement 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. • Les assurés de la M.D.S. non affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

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. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ; - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent ; la date de première constatation de l'affection. La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

Formalités en cas de décès de l'assuré : Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. : • un acte de décès de l'assuré, • un certificat médical indiquant la cause du décès, • une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant, • une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance. La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

7 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT : (Accord collectif n° 980A24 - garanties souscrites par la Mutuelle des Sportifs auprès de Mutuaide Assistance)

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 10.000 €. • Organisation et prise en charge du retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré. • Le rapatriement, le transport du corps en cas de décès et la prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 457,35 €. • Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne...

En cas d'accident : Téléphone 01.45.16.65.70 / Fax 01.45.16.63.92

Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE

3 / RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :

☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - ✉ Reclamations@grpmds.com - ✉ Groupe MDS - Service Réclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

✂ Découper suivant le pointillé.....

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT GRAND EST (à retourner à Mutuelle des Sportifs - 2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) accompagnée de votre règlement

Assuré : M. Mme. Mlle. (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____

Club d'appartenance : _____ N° d'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 notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux.

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 s'exercer à l'adresse de MDS Conseil.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)