



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

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical

**IDENTITÉ**

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

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale 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.

**CATÉGORIE(S)**

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

**DERNIER CLUB QUITTÉ**

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

**ASSURANCES**

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici <https://fff.fr/e/ass/8600.pdf>, 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.

**OFFRES COMMERCIALES**

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF   
 Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

**COORDONNÉES**

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

**AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)**

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : <https://www.fff.fr/e/l/gs-li.pdf>), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :  
 Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.  
 Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.  
**Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

**Pour les joueurs :**

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

**Pour les dirigeants :**

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Date de l'examen : ..... / ..... / ..... (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

..... (1)

Signature et cachet (1)(3)

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

**Pour un licencié MINEUR**

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) 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 du demandeur :**

Nom, prénom : .....  
 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 engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom : .....  
 Le ..... / ..... / ..... Signature :

Les données personnelles recueillies, propriété de la FFF, font l'objet d'un traitement informatique par la FFF aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues et à la FFF et peuvent également être transmises à l'ARIEL dans le cadre du contrôle du respect des interdictions de paris sportifs. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FFF via la rubrique dédiée « Protection des données personnelles » sur les sites de la FFF, des Ligues et des Districts ou par courrier postal à l'adresse suivante : FFF, Délégue à la Protection des Données (DPO), 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.



NOTICE D'ASSURANCE LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES (saison sportive 2019 / 2020) (document non contractuel)



Pour tous renseignements et déclarations d'accident, contactez le Service des Assurances :

Départements 69, 73, 74 : Madame AUDUREAU - 04.72.15.30.78 - 06.30.53.69.54 - 04.72.37.67.91 - laurafoot@mutuelle-des-sportifs.com
Départements 01, 03, 07, 15, 26, 38, 42, 43, 63 : Madame CHARLEMAGNE - 04.73.34.21.79 - 06.30.53.45.92 - laurafoot@mutuelle-des-sportifs.com

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 AUVERGNE-RHÔNE-ALPES au-delà des limites des contrats précités.

ASSURÉS : 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. Les pratiquants licenciés à titre amateur résidant hors de France ou d'Andorre ou Monaco, ne sont assurés que si les activités visées ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-avant et sous l'autorité de la Ligue, ses districts, ses clubs, groupements ou associations affiliés.

ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) : Activités sportives des assurances pratiquant le football, le futsal, les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique. Activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue.

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, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou d'instabilité politique notoire.

1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 56568478)

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Auvergne-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 - 542 110 291 RCS Nanterre) // Contrat présenté par MDS CONSEIL - 43 rue Scheffer - 75116 PARIS (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00029 - APE 6622Z - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 (www.orias.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances

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, toute atteinte physique à des animaux. Dommages immatériels : tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice.

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. Amendes quelle qu'en soit la nature, astreintes, clauses pénales. Dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien.

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 (10 000 000 €), Dommages matériels et immatériels consécutifs (3 000 000 €), Dommages immatériels non consécutifs (1 500 000 €), DEFENSE PENALE / RECOURS (40 000 €), and Franchise (75 € / 1 500 €).

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A20)

Accord collectif n° 980A20 souscrit 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 numéro Siren n° 422 801 910

Le licencié a la possibilité de renoncer aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 2,64 € 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 - rubrique Assurances laurafoot.fr.fr, soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL Service des Assurances (cf. adresses postales indiquées ci-dessus).

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.

Sciez-vous que la protection des licenciés et consenties du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs 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). Les licenciés désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue (ou la demande figurant au verso du présent document) et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

Options complémentaires Sportmut Foot Auvergne-Rhône-Alpes (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)
Exemples d'options (choisir votre option)
(1) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans
(2) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans
(3) A compter du 4ème jour, pendant au plus 1095 jours, dans la limite de la perte réelle de revenus

Table with 6 columns: Exemples d'options (choisir votre option), Décès, Invalidité, Indemnités Journalières (J), Cotisation annuelle Joueur & Educateur, Cotisation annuelle Arbitre & Dringent non pratiquant. Rows 1-3 show different option levels and their associated costs and benefits.

Sciez-vous que la protection des licenciés et consenties du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs 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). Les licenciés désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue (ou la demande figurant au verso du présent document) et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

### 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.  
**Invalité 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 sévères 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 %.

### 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 AUTRE QUE 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%) (3)
	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. (3) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information téléchargeable sur le site de la Ligue)
INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	92 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information téléchargeable sur le site de la Ligue) (franchise relative 4%) (3)
DECES (2)	Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge : 19 820 € (**) // Marié sans enfant à charge : 22 865 € (**) // (**) (+ 15% par enfant à charge) (2)

Frais de soins de santé (1)	200 % base de remboursement SS	Frais de prothèses dentaires	245 € (dent)	Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	153 €
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais de premier appareil orthodontique	610 €	Prothèses auditives	460 €
		Bris de lunettes ou de lentilles	390 €		

### 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. 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 :

- Frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux
- Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale
- Lunettes et lentilles
- Dents fracturées
- Prothèses déjà existantes nécessitant réparation ou remplacement
- 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) / coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur, à concurrence des frais d'hébergement facturés par l'hôpital et des frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km / versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 15,24 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours.
- Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités sociales, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km
- Frais d'ostéopathe prescrits et pratiqués par un médecin praticien.

Frais de premier transport	Frais réels	Frais de reconversion professionnelle	7 700 €
Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Frais de remise à niveau scolaire	35 €/jour (maxi : 3 000 €) franchise 30 j

- (1) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale voient leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.  
 (2) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, 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 notoire 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.  
 (3) Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration du taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.  
 En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

**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 adhèrent à pris une part active • Les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rituels, 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 transmission de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

### 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. • 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 reprenant 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 atteint 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 de acte de naissance. La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

**RECLAMATIONS :** En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Reclamations de la M.D.S. :  
 ☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - 📧 Reclamations@grmds.com - ✉ Mutuelle des Sportifs - 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. • 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 / Mail : assistance@mutuaide.fr Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE

✂ Découper suivant le pointillé  
**DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT AUVERGNE-RHONE-ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagnée du règlement.**

Assuré : M.  Mme.  Mile.  (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 » (Technique Régionale, Technique Nationale, Educateur Fédéral & Animateur)  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, 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 »)