



Nom du club : A.S. MONTREUIL LE GAST

N° d'affiliation du club : 527303

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

**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.

**CATÉGORIE(S)**

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

**OFFRES COMMERCIALES**

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

**ATTENTION NOUVEAUTÉ !!!**

Si vous avez fourni un certificat médical au cours de la saison 2016/2017, il reste valable pour cette saison à condition de répondre à l'auto-questionnaire médical disponible sur le site fff.fr (<https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf>) ou auprès de votre club.

Dans tous les autres cas, vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance de ce questionnaire et j'atteste avoir :

- Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.
- Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

**CERTIFICAT MÉDICAL**

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).

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).

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

Bénéficiaire (nom, prénom) .....

..... (1)

Signature et cachet (1) (5)

**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 : TRACHEL SUKHA

Le 01.07.17 Signature : [Signature]



## Cabinet PEZANT

Claude PEZANT - N° ORIAS : 07 020 434

Agnès OZOUF - N° ORIAS : 07 020 433

Stéphane PEZANT - N° ORIAS : 07 020 430

Agents généraux exclusifs

(Immatriculations vérifiables sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr))

25 quai de la Londe - BP 3032 - 14017 CAEN Cedex 2

Tel : 02.31.06.08.06 Fax : 02 31.06.28.91

[caen@agence.generalif.fr](mailto:caen@agence.generalif.fr)

## LIGUE DE BRETAGNE DE FOOTBALL Police n°AH892757

### GARANTIES INCLUSES DANS L'ASSURANCE DE LA LICENCE DÉLIVRÉE PAR LA LIGUE

#### 1. RESPONSABILITE CIVILE

##### RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-A-VIS DES TIERS

- DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS.....15 000 000 €

#### 2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A

La ligue de Bretagne de Football informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. A cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

#### ACCIDENTS CORPORELS

##### • DÉCÈS :

- Célibataire ..... 20 000 €

- Marié ..... 25 000 €

+ 15 % par enfant à charge, maximum 45 %

##### • INVALIDITÉ PERMANENTE :

a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence) 25 000 €

b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence) 45 000 €

c) à partir de 66 % 90 000 €

• INDEMNITES JOURNALIERES\* (IJ) 16€/jour

A compter du 22<sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours

##### • SCOLARITE : (franchise 30 jours) maximum :

a) Soutien pédagogique et frais de transport 1 000 €

b) Redoublement de l'année scolaire 1 000 €

##### • FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :

Si taux d'invalidité supérieur à 25 % 5 000 €

##### • FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX, D'HOSPITALISATION \*

à concurrence de 220 % du tarif de Convention de la SS

##### • FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Frais Réels

##### • FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE

PAR LA SECURITE SOCIALE maximum 200 €

##### • REMBOURSEMENT DES DENTS \* 220 % du

tarif de Convention SS, maximum par dent 300 €

• FRAIS 1<sup>er</sup> APPAREIL ORTHODONTIE \* maximum 650 €

• REMBOURSEMENT BRIS LUNETTES \* maximum 300 €

• REMBOURSEMENT PROTHESES AUDITIVES\* 500 €

• RAPATRIEMENT maximum 800 €

• FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS \* maximum Frais Réels

\* Montant maximum, après intervention des régimes obligatoires et complémentaires.

NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2017/2018

### GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-dessus peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires directement auprès du Cabinet PEZANT (par courrier, fax, mail ou téléphone) ou sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités journalières	Tarif	Cochez l'option choisie
o Formule B	Formule A + 25%	Formule A + 25%	20 € / jour (1)	40 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule C (1) A compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours	Formule A + 50%	Formule A + 50%	24 € / jour (1)	80 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule D « Spécial Invalidité » A partir de 33% de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40%, indemnité de 48 000 €)		120 000 €		21 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule E : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour	22 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule F : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			12.50 € / jour	35 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule G : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			16 € / jour	44 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule H : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			23 € / jour	56 € / an	<input type="checkbox"/>

(\*) vient en cumul des garanties de la Licence, après intervention des Régimes obligatoires et complémentaires

[www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr)

**PROCEDURE DE DECLARATION D'ACCIDENT A EFFECTUER  
DANS UN DELAI MAXIMUM DE 5 JOURS APRES L'ACCIDENT  
(PAR L'INTERMEDIAIRE DE VOTRE CLUB)**

① En ligne sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr) à la rubrique LBF (<http://bretagne.assurfoot.fr>)

② Par courrier, en nous adressant :

- Déclaration d'accident dûment complétée et signée de votre Club
- Certificat médical initial des blessures (fourni par le médecin traitant).

**S'il reste des frais médicaux à votre charge après intervention des régimes obligatoires et complémentaires :**

- **Pas de Mutuelle** : originaux des bordereaux de la Sécurité Sociale.
- **Avec Mutuelle** : originaux des bordereaux de la Mutuelle.

**En cas d'hospitalisation :**

- Bulletin de situation (fourni par l'hôpital)

**Si arrêt de travail et perte de salaire :**

- Certificat d'arrêt de travail (fourni par le médecin traitant).
- Copie des deux derniers bulletins de paie qui précèdent l'accident
- Copie du (ou des) bulletin(s) de paie sur le(s)quel(s) le salaire a été retenu.
- Originaux des bordereaux du versement des indemnités journalières du régime obligatoire et éventuellement des régimes de prévoyance.

Le présent document ne peut engager Generali au delà des limites du contrat auquel elle se réfère.

**Pour nous contacter :**

**Cabinet PEZANT**

Claude PEZANT - N° ORIAS : 07 020 434  
Agnès OZOUF - N° ORIAS : 07 020 433  
Stéphane PEZANT - N° ORIAS : 07 020 430  
Agents généraux exclusifs  
(Immatriculations vérifiables sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
25 quai de la Londe - BP 3032 - 14017 CAEN Cedex 2  
Tel : 02.31.06.08.06 Fax : 02 31.06.28.91.  
[caen@agence.generalif.fr](mailto:caen@agence.generalif.fr)

**BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES**

Nom et Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

Club : ..... Email : .....

Je joins un chèque de ..... €

Date et signature du joueur :

**Cabinet PEZANT**

25 quai de la Londe - BP 3032  
14017 CAEN Cedex 2

Document à compléter recto verso et à retourner, signé et accompagné de votre règlement, à l'adresse ci-dessus.



### Cabinet PEZANT

Claude PEZANT - N° ORIAS : 07 020 434

Agnès OZOUF - N° ORIAS : 07 020 433

Stéphane PEZANT - N° ORIAS : 07 020 430

Agents généraux exclusifs

(Immatriculations vérifiables sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr))

25 quai de la Londe - BP 3032 - 14017 CAEN Cedex 2

Tel : 02.31.06.08.06 Fax : 02.31.06.28.91

[caen@agence.generali.fr](mailto:caen@agence.generali.fr)

## LIGUE DE BRETAGNE DE FOOTBALL Police n°AH892757

### GARANTIES INCLUSES DANS L'ASSURANCE DE LA LICENCE DÉLIVRÉE PAR LA LIGUE

#### 1. RESPONSABILITE CIVILE

##### RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-A-VIS DES TIERS

- DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS.....15 000 000 €

#### 2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A

La ligue de Bretagne de Football informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. A cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

#### ACCIDENTS CORPORELS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• DÉCÈS :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Célibataire ..... 20 000 €</li> <li>- Marié ..... 25 000 €</li> <li>+ 15 % par enfant à charge, maximum 45 %</li> </ul> </li> <li>• INVALIDITÉ PERMANENTE :           <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 25 000 €</li> <li>b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 45 000 €</li> <li>c) à partir de 66 % ..... 90 000 €</li> </ul> </li> <li>• INDEMNITES JOURNALIERES* (IJ) ..... 16€/jour</li> <li>A compter du 22<sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours</li> <li>• SCOLARITE : (franchise 30 jours) maximum :           <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Soutien pédagogique et frais de transport ..... 1 000 €</li> <li>b) Redoublement de l'année scolaire ..... 1 000 €</li> </ul> </li> <li>• FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :           <ul style="list-style-type: none"> <li>Si taux d'invalidité supérieur à 25 % ..... 5 000 €</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX, D'HOSPITALISATION * à concurrence de 220 % du tarif de Convention de la SS</li> <li>• FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ..... Frais Réels</li> <li>• FRAIS MÉDICAUX NON PRIS EN CHARGE ..... 200 €</li> <li>PAR LA SECURITE SOCIALE maximum</li> <li>• REMBOURSEMENT DES DENTS * 220 % du tarif de Convention SS, maximum par dent ..... 300 €</li> <li>• FRAIS 1<sup>er</sup> APPAREIL ORTHODONTIE * maximum ..... 650 €</li> <li>• REMBOURSEMENT BRIS LUNETTES * maximum ..... 300 €</li> <li>• REMBOURSEMENT PROTHESES AUDITIVES* ..... 500 €</li> <li>• RAPATRIEMENT maximum ..... 800 €</li> <li>• FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS * maximum ..... Frais Réels</li> </ul>
---	--

\* Montant maximum, après intervention des régimes obligatoires et complémentaires.

NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2017/2018

### BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-dessus peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires directement auprès du Cabinet PEZANT (par courrier, fax, mail ou téléphone) ou sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités journalières	Tarif	Cochez l'option choisie
o Formule B	Formule A + 25%	Formule A + 25%	20 € / jour (1)	40 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule C (1) A compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours	Formule A + 50%	Formule A + 50%	24 € / jour (1)	80 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule D « Spécial Invalidité » A partir de 33% de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40%, indemnité de 48 000 €)		120 000 €		21 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule E : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour	22 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule F : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			12.50 € / jour	35 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule G : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			16 € / jour	44 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule H : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			23 € / jour	56 € / an	<input type="checkbox"/>

(\*) vient en cumul des garanties de la Licence, après intervention des Régimes obligatoires et complémentaires

[www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr)

A compléter et à signer au dos.

Partie à conserver par le licencié