



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

PAGE 1/3

SAISON 2014/2015

FFVB - 17 rue Georges Clemenceau - 94007 CHOÏSY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 - Fax : +33(0)1.58.42.22.32 - Courriel : ffvb@ffvb.org

TYPE DE DEMANDE DE LICENCE

CREATION
 RENOUELEMENT
 MUTATION NATIONALE
 MUTATION REGIONALE

TYPE DE LICENCE

COMPETITION VOLLEY-BALL
 ENCADREMENT
 DIRIGEANT

COMPETITION BEACH VOLLEY
 COMPET'LIB

Un seul type de licence par formulaire

N° GROUPEMENT SPORTIF

DATE D'ARRIVEE

LIGUE _____
 FFVB _____

DATE DE NAISSANCE **N° LICENCE**

__ / __ / __ _____

CIVILITE

MONSIEUR MADAME

NATIONALITE

Française
 AFR - Assimilée Française
 UE - Régionale (UE)

Etrangère (ETR UE / ETR)
 Etrangère FIVB (UE / hors UE)
 Etrangère Régionale (hors UE)

NOM _____
PRENOM _____
TEL _____
 Portable _____
 Courriel _____
 Taille _____ cm (uniquement pour les catégories Jeunes)

J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le volley-ball.
 Je souhaite recevoir l'organe de diffusion des informations de la FFVB (courriel ou courrier)

Adresse _____

CP+Ville _____

Je n'autorise pas la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires. Les informations inscrites dans le présent document sont réservées au traitement de votre adhésion. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurent dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, résolveurs, et organismes professionnels ainsi que tous des intermédiaires. Ce droit peut être exercé auprès de votre club.

J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB» ou « Encadrement » dans un autre Groupement Sportif français lors de la saison 2013/2014
 J'atteste ne pas avoir établi de licence « Compétition VB» pour la présente saison, pour un autre Groupement Sportif français ou étranger.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2014/2015

Résumé des contrats GENERALI n°AL910966 et EUROP Assistance n°58631941

Les contrats sont consultables sur le site de la FFVB : http://www.ffvb.org/fran/142-37-1-L_assurance

Vous êtes licencié à la FFVB :

1/ **Garantie Responsabilité Civile obligatoire** : incluse dans la licence. Elle vous assure pendant la pratique de votre sport FFVB contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous pourriez causer à des tiers.

2/ **Garanties Accident Corporel non obligatoire** :

La FFVB attire votre attention sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut vous exposer.

Dans ce cadre, la FFVB vous propose trois formules d'assurance :

- Une garantie « Accident Corporel de base »
- Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-après et dans la notice d'information GENERALI référencée FFVB 07/2012 présentée à l'adhérent par son GSA avant signature du présent formulaire.

Garantie Accident Corporel de base (0,46 € TTC)

| Nature de la garantie | Plafonds de garantie |
|--|--|
| Décès | 6.100 € par personne |
| Invalidité permanente | 12.200 € par personne x taux d'invalidité |
| Indemnité journalière en cas d'hospitalisation | 16 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation avec limitation à 150 jours par accident * |
| Frais de traitement (*) | 100% du tarif de convention de la sécurité sociale |
| Dépassements d'honoraires (*) | majoration de 25 % de la base de remboursement de la sécurité sociale |
| Bris de lunettes au cours d'activités garanties (trajet exclu) (*) | 200 € par sinistre (verre + monture). |
| Porte ou bés de lentilles non jetables (*) | 100 € par lentille |
| Dent fracturée (*) | 150 € par dent |
| Bris de prothèse (3 dents et plus) (*) | 150 € par dent |
| Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale | 80 € par victime et par accident |

(*) En complément des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.



| | |
|--|--|
| Assistance rapatriement Prestations délivrées par EUROP Assistance - contrat n°58631941 appelez le +33.(0)1.41.85.92.18 | Rapatriement : frais réels Frais médicaux à l'étranger (*) : 152.500 € |
|--|--|

OPTIONS A et B COMPLEMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau s'ajoutent aux montants de la garantie de base.

| NATURE DES DOMMAGES | OPTION A 5,02 € TTC | OPTION B 8,38 € TTC |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| Décès | 10.000 € | 20.000 € |
| Invalidité permanente totale | 10.000 € | 20.000 € |
| Invalidité permanente partielle | 10.000 € x taux d'invalidité | 20.000 € x taux d'invalidité |
| Indemnité journalière | néant | 30 € payable jusqu'au 365ème jour d'arrêt Franchise 10 jours |

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieurs aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » ci-après la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

Paraphe de l'adhérent ou de son représentant légal

Paraphe : _____

Ce document comporte trois pages, la première page doit être paraphée par le demandeur ou son représentant légal.

CASES EN ROUGE A REMPLIR PAR L'ADHERENT



SAISON 2014/2015

FFVB - 17 rue Georges Clemenceau - 94607 CHOISY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 - Fax : +33(0)1.58.42.22.32 - Courriel : ffvb@ffvb.org



INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2014/2015
Résumé des contrats GENERALI n°AL910966 et EUROP Assistance n°58631941

VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et de la notice d'information référencée FFVB-07/2012 et ses annexes dont je reconnais avoir pris connaissance.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.
Elle prend fin le jour où ma licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

ASSUREUR : GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances - 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 - RCS PARIS 552052603 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel 61 rue Talbot - 75436 PARIS Cedex 09.
Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française. La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.
Les informations figurant dans le présent bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 30/06/2015.

MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI - SERVICE RECLAMATIONS - 7, Boulevard Haussmann - 75456- PARIS Cedex 09
Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre relevant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse : AIAC - 14 rue de Cligny - 75311 Paris Cedex 9.

Je soussigné _____ renonce par le présente à l'adhésion au contrat d'assurance individuelle Accident n° AL910966 que j'avais souscrit à distance le _____ Fait à _____ le _____ SIGNAT/UTC
Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'expiration de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à _____
Signature du licencié :

INFORMATION

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez :

AIAC courtage, 14 rue de Cligny, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 480

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFVB (rubrique « Assurances »), et adressez le dans les 5 jours à AIAC Courtage, 14 rue de Cligny, 75311 Paris Cedex 09.

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE, appelez le +33(0)1.41.85.92.18. Attention, aucune prestation ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

A - Joueurs Français, étrangers régionaux (ETR-REG, UE-REG) et Assimilés Français (AFR) :
1. Saisissez sur Internet - www.ffvb.org la création ou le renouvellement de licence.
2. Envoyez l'original de ce formulaire dûment rempli à votre Ligue régionale.

B - Joueurs Etrangers Sans Transfert (ETR) et Etrangers Protégés (ETR-PROT) :
- Envoyez l'original de ce formulaire dûment complété à la FFVB.

C - Ce formulaire doit être complété très soigneusement.
Nous rappelons aux Présidents des Groupements Sportifs Affiliés qu'ils doivent signer cette demande conjointement avec le demandeur, que le fait d'adresser l'original de ce formulaire à la Ligue Régionale signifie que le Groupement Sportif Affilié est en possession de toutes les pièces réglementaires pour l'obtention d'une licence :

a) Justificatif d'identité (copie à joindre pour une création ou une mutation)
b) Certificat de non contre-indication à la pratique du Volley-Ball ou Beach Volley, y compris en compétition et surclassement s'il y a lieu pour les joueurs (à joindre avec la demande de licence si celui-ci n'est pas complété sur le présent formulaire).
c) Autorisation parentale si le demandeur est mineur
d) Autorisation parentale pour toute forme de contrôle antidopage.

Je soussigné _____ déclare avoir lu attentivement le règlement de la pratique du volley-ball et des disciplines associées, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B) :

Je décide de souscrire au contrat collectif Accident Corporel et choisis l'option de base incluse dans la licence (volantée à 0,46 € TTC).

Je décide de souscrire une option complémentaire et acquiesce la somme de :

Option A (5,02 € TTC) ou Option B (8,36 € TTC)

L'option de base est comprise avec la licence

Si vous cochez l'option A ou B la somme en plus sera à régler au club

CERTIFICAT MEDICAL
(Pour la licence « Encadrement » ou pour les « Seniors +35 ans » utiliser le certificat médical spécifique)

Je soussigné, Dr _____ atteste que (Nom, Prénom du licencié) _____ né(e) le ____ / ____ / ____ ne présente aucune contre-indication à :

la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
 Du Beach Volley, y compris en compétition

Fait le : _____ Signature et cachet du médecin examinateur :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr _____ atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âge nécessitant un simple surclassement (uniquement dans les conditions fixées par les Règlements Fédéraux).

Fait le : _____ Signature et cachet du médecin examinateur :

DATE ET SIGNATURE DU LICENCIÉ OU DE SON REPRESENTANT LEGAL POUR LES MINEURS

Date : _____
Signature : _____

RESERVE AU GROUPEMENT SPORTIF

Nom du Signataire : _____
Date : _____
Signature et cachet : _____

RESERVE A LA LIGUE REGIONALE

Nom du Signataire : _____
Date : _____
Signature et cachet : _____

Dater et signer

A remplir par le médecin.
POUR LES JEUNES : faire remplir par le médecin la partie "certificat médical" et la partie "simple surclassement" sauf avis contraire du médecin.
POUR LES SENIORS DE 35 ans et plus - UTILISER LE CERTIFICAT MEDICAL "SENIORS +"