FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2053941** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **AMAND** PRENOM : **NEVEN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **08/01/2006**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE COUDRAI**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **nathchristh@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1633081** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **BASLE** PRENOM : **SYLVAIN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **14/03/1984**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **2 IMPASSE DES JONCS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **LOUVIGNE DE BAIS**

TEL : PORTABLE : **06.75.69.33.30**

EMAIL : **sylvain.basle@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1897371** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **BEAUFILS** PRENOM : **CHARLOTTE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **09/08/1999**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **VILLECHIEN**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **p.honore0@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2198631** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **BERNARD** PRENOM : **GWENAEL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **02/11/1976**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **2 LOT DES NOISETIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **tifouix@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2261096** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **BERNARD** PRENOM : **TRISTAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **16/03/2010**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **2 LOT DES NOISETIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **tifouix1@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2198622** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **BLET** PRENOM : **ELOISE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/11/1998**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BASSE NOUVELLE VILLE**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **BOISTRUDAN**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **blet.eloise@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2198621** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **BLET** PRENOM : **FRANCOISE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **13/04/1970**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BASSE NOUVELLE VILLE**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **BOISTRUDAN**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **blet.dominique@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2138305** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **BLET** PRENOM : **MATHEO**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **18/08/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BASSE NOUVELLE VILLE**
LA BASSE NOUVELLE VILLE

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **BOISTRUDAN**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **blet.dominique@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2241987** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **BLET** PRENOM : **SALOME**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **31/01/2005**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BASSE NOUVELLE VILLE**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **BOISTRUDAN**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **blet.dominique@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248427** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **BOUCHET** PRENOM : **PAULINE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **12/07/1990**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA RIBOISNERIE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **bouchetpauline@live.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248787** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **CLEMENT** PRENOM : **TAISSA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **11/07/2006**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA HAUTE TOUCHE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **nubuk2009@live.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248423** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **CLIMENT** PRENOM : **CAMILLE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **15/09/1990**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **1 BIS RUE ABBÉ CRUBLET**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **camillecliment35680@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2011833** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **COLLIOT** PRENOM : **GUILLAUME**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **27/01/2000**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BRIALAINE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **colliot.olivier@worldonline.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2194369** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **COLLIOT** PRENOM : **OLIVIER**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **03/11/1971**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **12 LE HAUT BRIALAINE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **olivier.colliot@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1551088** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **COMBETTES** PRENOM : **DIDIER**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **22/11/1958**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **1 RUE DU SACRE COEUR**

CODE POSTAL : **35130** VILLE : **MOUTIERS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **didier.combettes@laposte.net**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1949230** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **DUGREE** PRENOM : **EVELYNE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **18/09/1973**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **5 RUE DE BEAUSOLEIL**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **sebastien.lelouette@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2040709** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **DUVAL** PRENOM : **FLORIAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/11/1986**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA CORNOUAILLE**

CODE POSTAL : **35130** VILLE : **VISSEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **duvalflorian@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1715644** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **FORESTIER** PRENOM : **GREGOR**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **03/10/1967**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BERRUE**
35150

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **PIRE SUR SEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **gregor.forestier@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1874116** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **FORESTIER** PRENOM : **TITOUAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **26/11/1998**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BERRUE**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **PIRE SUR SEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **minitetard@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2198623** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **FOUIN** PRENOM : **ALEXANDRE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **20/11/1977**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **17 LE BURIN**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **LE THEIL DE BRETAGNE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **alex.fouin35@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1726021** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **GALLAIS** PRENOM : **MAEVA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **11/01/1997**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **4 ROUTE DE MARCILLE ROBERT**

CODE POSTAL : **35130** VILLE : **VISSEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **rozenn.gallais@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2138304** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **GALLAIS** PRENOM : **THEO**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **06/02/2003**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **4 ROUTE DE MARCILLÉ-ROBERT**
4 ROUTE DE MARCILLÉ-ROBERT
CODE POSTAL : **35150** VILLE : **VISSEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **rozenn.gallais@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1497369** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **GARDAN** PRENOM : **SYLVAIN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **04/01/1984**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA PETITE CHENAIE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **CHANCE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **gardansylvain@bbox.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS
	NUMERO DU GSA
	0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2138300** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **GARNIER** PRENOM : **ELOUANN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **01/08/2007**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA HAUTE LETERIE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **kathryn.hcs@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2194372** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **GARNIER** PRENOM : **GAIA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/02/2005**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA HAUTE LETERIE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **kathryn.hcs@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2007905** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **GEORGEAULT** PRENOM : **ISALINE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/03/2002**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **8 RUE DES MESANGES**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **PIRE SUR SEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **noelgeorgeault@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1233022** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **GEORGEAULT** PRENOM : **MARC**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **18/01/1983**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **12 RUE DE LA MAIRIE**

CODE POSTAL : **35410** VILLE : **OSSE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **georgeaultmarc@hotmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1178920** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **GREGOIRE** PRENOM : **LAURENT**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **09/06/1984**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LES PERRIÈRES**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **melinagregoire@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251614** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **HAIGRON** PRENOM : **CLARA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **23/10/2008**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE HOUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2244707** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **HAIGRON** PRENOM : **CLEMENCE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/08/2004**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE HOUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251608** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **HERPEUX** PRENOM : **NOEMIE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **08/04/2010**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BASSE TOUCHE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **carineaub1@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251639** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LAQUERRE** PRENOM : **AURELIE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **15/12/1983**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **18 LES CHATAIGNIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **lilytibb@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251627** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LAQUERRE** PRENOM : **ELYNE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **22/09/2009**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **18 LES CHATAIGNIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **lilytibb@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2194374** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LAQUERRE** PRENOM : **LILY**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/01/2007**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **18 LES CHATAIGNIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **lilytibb@hotmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2276062** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LE GUENNEC** PRENOM : **GWENDAL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **31/08/1987**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **16 RUE DES PEUPLIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **gwendal.leguennec@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1769373** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LE GUENNEC** PRENOM : **NOLWENN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/02/1984**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 BD DE LA LIBERTÉ**

CODE POSTAL : **35220** VILLE : **CHATEAUBOURG**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **gwenn296@hotmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248801** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LE MEITOUR** PRENOM : **MALO**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **05/09/2009**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **18 RUE DES PEUPLIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **gwenetjerome56@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251619** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LE MOIGNO** PRENOM : **ANAE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **04/09/2016**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA VERGNE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **erwan.aurelie@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2002235** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LE MOIGNO** PRENOM : **MAELLE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/12/2002**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA VERGNE LA VERGNE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **erwan.aurelie@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2037927** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LE MOIGNO** PRENOM : **NORA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **25/06/2006**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA VERGNE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **erwan.aurelie@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1682826** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LEFEVRE** PRENOM : **CHRYSTELE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **20/08/1969**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 LES ORMEAUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **chrystelelefevre@sfr.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1940650** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LEFEVRE** PRENOM : **DAMIEN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **23/06/1997**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 LOTTISSEMENT DES ORMEAUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : **02 99 49 11 71** PORTABLE :

EMAIL : **lefevre.pascal273@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1941870** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LEFEVRE** PRENOM : **MELVIN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **16/04/2000**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 LOTTISSEMENT DES ORMEAUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **lefevre.pascal273@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1659902** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LEFEVRE** PRENOM : **PASCAL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **28/05/1970**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 LOT DES ORMEAUX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **chrystelelefevre@sfr.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1758659** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LEGRAND** PRENOM : **CLAIRE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **26/04/1985**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BLANCHE**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **MARCILLE ROBERT**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **legrand.claire@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1410948** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **LEGRAND** PRENOM : **DAMIEN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **17/12/1983**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **21 LA BIARDIERE**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **RETEIERS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **damienlegrand83@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....……....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1940654** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LELOUETTE** PRENOM : **MARIE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **26/02/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **5 RUE DE BEAUSOLEIL**
5 RUE DE BEAUSOLEIL

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **sebastien.lelouette@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2261076** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LEMERCIER SAGLIO** PRENOM : **FLORENTINE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **10/02/2009**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BAS PLESSIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1726023** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **LUSSOT** PRENOM : **ALEXANDRA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **17/07/1995**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BREIL**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **lussot.alexandra@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2191494** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **MAIGRET** PRENOM : **LEA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **21/07/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **3 LE CHENE VERT**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **RETIERS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **jerome.maigret@sfr.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1551095** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MARIE** PRENOM : **OLIVIER**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **30/06/1968**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE COUDRAI**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **olivier.marie@provost.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2148824** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **MARSOLLIER** PRENOM : **GWENOLA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **25/09/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA GRASSERIE**

CODE POSTAL : **35134** VILLE : **COESMES**

TEL : **0625274794** PORTABLE : **0627634404**

EMAIL : **marie.christine.marsollier@sfr.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2149545** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MASSIN** PRENOM : **VICTOR**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **09/07/2006**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **manu2107@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1480881** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MELOT** PRENOM : **AYMERIC**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **21/01/1991**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **aymeric.melot@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1079636** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MELOT** PRENOM : **FABRICE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **29/01/1980**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BIGNON**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **fabrice.melot@routiersbretons.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2051454** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MELOT** PRENOM : **NATHAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **09/10/2007**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA BIGNON**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **audrain.severine@free.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1551097** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MELOT** PRENOM : **NICOLAS**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **10/02/1989**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE : **06.13.15.63.73**

EMAIL : **nicolas.melot@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251624** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **MELOT** PRENOM : **NOEMIE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **05/05/2010**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BIGNON**

CODE POSTAL : **MOULI** VILLE : **35680**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **audrain.severine@free.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2059811** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **MONTORIER** PRENOM : **BENOIT**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **18/06/1985**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **9 RUE DES COLONELS DEIN**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **RETIERS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **benichap46@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2037929** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **MORICE** PRENOM : **LOUISANE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **02/01/2006**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **3 LES CHATAIGNIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **jml.morice@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2188795** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **OHIER** PRENOM : **AUREL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **16/12/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LES FOUGERAIS**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **AMANLIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **denis.ohier@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2194367** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **PANNETIER** PRENOM : **JULIEN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **12/08/1987**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **20 RUE DU CHAMP TRONQUANT**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **julienpannetier@live.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248430** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **PAQUET** PRENOM : **ROMAIN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **08/07/2003**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **17 RUE DE LA CHAMPAGNE**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **PIRE SUR SEICHE**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **annie.pa@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2007906** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **PICARD** PRENOM : **FLORIAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/01/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **17 LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **iseban@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2139578** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **POTTIER** PRENOM : **RAPHAEL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **14/06/2001**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA MORINAIS**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **MARCILLE ROBERT**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **pottier.affichage@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1761653** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **POULAIN** PRENOM : **APOLLINE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **14/05/1970**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE HAUT BOIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **apollinepoulain@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1522898** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **POULAIN** PRENOM : **MAXIME**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **05/09/1992**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE HAUT BOIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **maximepoulain@sfr.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1775208** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **POULAIN** PRENOM : **MORGAN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **16/07/1997**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE HAUT BOIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **benoitpoulain@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2150382** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **PRISER** PRENOM : **LIONEL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **06/05/1981**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BEL AIR**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **yopriser@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2138299** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **QUINTON** PRENOM : **AWEN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/10/2004**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **10 IMPASSE DE LA QUIMCAMPOIX**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **quintonkatia@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2248204** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **RUBEILLON** PRENOM : **MAGALI**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **03/02/2000**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE GRAND PATIS DU GODELOUP**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **magalirubeillon@yahoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1208306** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **SAGLIO** PRENOM : **ETIENNE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **02/12/1984**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **BLANCHE**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **MARCILLE ROBERT**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **etiennesaglio@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1754776** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **SAGLIO** PRENOM : **PAULINE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **11/03/1979**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BAS PLESSIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251610** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **SAMYN** PRENOM : **MARIUSZ**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **13/09/2010**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **14 LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **danieljeanine.tauvry@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2188796** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **SAUDRAIS** PRENOM : **LUCAS**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **01/04/2005**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **5 IMAPSSE DU SOLEIL LEVANT**

CODE POSTAL : **35150** VILLE : **BOISTRUDAN**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **samuel.saudrais@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2221307** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **SAVIN** PRENOM : **EMMANUEL**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/05/1976**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **1A RUE ROBERT D'ARBRISSEL**

CODE POSTAL : **35240** VILLE : **MARCILLE ROBERT**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **nima2d@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251631** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **TAUVRY--GELIE** PRENOM : **ANNA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **04/05/2009**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **3 RUE DE LAMETRIE**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **samuel.tauvry@wanadoo.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2276056** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **TAUVRY-LOHUES** PRENOM : **ZOE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **13/02/2008**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE BAS FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **BAIS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **j.tauvry-lohues@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1726011** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **TONDOUX** PRENOM : **AGATHE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **06/05/1995**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LE PONT**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **agathe.tondoux@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....

atteste que M / Mme …….....

ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1940652** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **TONDOUX** PRENOM : **BATISTE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **24/12/1997**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **4 RUE DU PONT**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **baptistetondoux@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2194371** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **TOXE** PRENOM : **MORGANE**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **29/04/2005**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **11 LES CHATAIGNIERS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **jerome201980@gmail.com**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **2251611** SEXE : ☒ F ☐ M

NOM : **VAATAUSILI** PRENOM : **FILOMENA**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **22/11/2009**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **14 LE FOUGERAY**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **danieljeanine.tauvry@orange.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DU GSA
☐ COMPETITION VOLLEY-BALL ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre ☐ ENCADREMENT ☐ DIRIGEANT ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit	ENT.SP.CULT. MOULINS **NUMERO DU GSA** 0358885

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☒ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1866016** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **VILFEU** PRENOM : **MARC**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **18/02/1990**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE)
☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA GRANDINAIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE :

EMAIL : **marcvilfeu@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- ☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
- ☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
- ☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
- ☐ ENCADREMENT
- ☐ DIRIGEANT
- ☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
- ☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

ENT.SP.CULT. MOULINS

NUMERO DU GSA

0358885

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☒ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvb.org

@FFVolleyball

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : **1682819** SEXE : ☐ F ☒ M

NOM : **VILFEU** PRENOM : **QUENTIN**

TAILLE : DATE DE NAISSANCE : **07/05/1994**

NATIONALITE : ☒ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : **LA GRANDINAIS**

CODE POSTAL : **35680** VILLE : **MOULINS**

TEL : PORTABLE : **06.19.17.77.09**

EMAIL : **quentin.vilfeu@hotmail.fr**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr …….....…….....
atteste que M / Mme …….....
ne présente aucune contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le …….. Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr…….....
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt 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).

- ☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- ☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).
- ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
  ++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ TTC)***.
- ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

- ☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- ☐ J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
- ☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- ☐ J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

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/la-ffvb/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 causez à des tiers.
2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :
La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.
Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:
- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre 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	15 € 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),
Perte ou bris 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°58631941appelez 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 8,36 € 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
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365éme jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures 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 » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

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 le licencié reconnaît 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 552062663 - 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 Prudentiel 61 rue Taitbout - 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.

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 mettant 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 Clichy – 75311 Paris Cedex 9

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

Fait à , le
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 Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

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).

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

GENERALI