

PARTIE A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT EN MAJUSCULES

Nom de la structure affiliée :

Code Postal :

Noter obligatoirement le numéro de licence si l'adhérent était déjà licencié la saison précédente (les informations concernant l'adhérent ne sont pas à compléter dans ce cas, sauf si modification)
 Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Adresse complète

..... Téléphone

Code postal Ville Email

Date de naissance : / / à Nationalité

Coût de la licence loisir (assurance comprise) : 18€
RENOUVELLEMENT

Noter ici le numéro de licence :

CERTIFICAT MEDICAL : NOUVELLE PROCEDURE (décrets du 24.08.2016 et 12.10.2016)
1/ S'il s'agit d'une première demande de licence, vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives ou faire remplir le certificat médical ci-dessous :

Le médecin, soussigné, certifie que le demandeur ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

A : le :

Cachet et signature obligatoires du médecin

2/ Si vous avez fourni un certificat médical au cours de la saison 2016-2017, il reste valable pour cette saison à condition de répondre au questionnaire de santé joint à ce document. Par la présente, je confirme avoir répondu :
 NON à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)

 OUI à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessus ou fournir un certificat médical)

ASSURANCES*

Je reconnais avoir pris connaissance (son représentant légal si mineur), dans le document joint à la présente demande, par ma structure :

- des garanties « responsabilité civile et individuelle accident » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires :
 Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

Garantie de base Individuelle Accident (Cocher la case ci-dessous pour y renoncer)

 Je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Coût remboursé en cas de refus : 0,35 € TTC).

*Les garanties attachées à la licence ne s'appliqueront pas en cas de pratique de l'activité au sein d'une structure commerciale ou d'une collectivité locale.

LE DEMANDEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus.

Signature

Date: / /

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances liées à la licence ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par la structure affiliée lors de l'adhésion. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs.

LE PRÉSIDENT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA STRUCTURE AFFILIÉE **

Cachet et signature

Date: / /

** En signant ce document, le Président ou le représentant légal de la structure affiliée :

- atteste avoir en sa possession le certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives des adhérents et le questionnaire de santé, ainsi que l'autorisation parentale des licenciés mineurs,

- s'engage à transmettre et diffuser les informations concernant les garanties d'assurances auquel souscrit l'adhérent, par la licence,

- s'engage à faire signer aux licenciés le présent document ou tout autre document interne à la structure précisant les éléments ci-dessus.

AUTORISATION DES PARENTS
SI LE DEMANDEUR EST MINEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus.

Signature

Date: / /

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception* et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Résumé des garanties proposées aux licenciés de la F.F.H.M. dans le cadre de la pratique et de l'enseignement de l'haltérophilie et de la musculation (ces garanties attachées à la licence ne s'appliqueront pas en cas de pratique de l'activité au sein d'une structure commerciale ou d'une collectivité)

1 / RESPONSABILITE CIVILE (assurances souscrites auprès d'ALLIANZ IARD - Contrat n° 54401548 - présenté par MDS Conseil)

RESPONSABILITE CIVILE	MONTANTS	FRANCHISE
Tous dommages confondus ..	8 000 000 EUR par sinistre	
Dont : Dommages matériels et immatériels consécutifs	4 573 500 EUR par sinistre	Néant
Vol	15 000 EUR par sinistre	300 EUR
Dommages immatériels non consécutifs	800 000 EUR par sinistre	1 500 EUR
Dommages résultant d'une atteinte à l'environnement accidentelle	1 524 500 EUR par année d'assurance	800 EUR
DEFENSE PENALE & RECOURS	MONTANTS	Seuil d'intervention
Frais et honoraires assurés, quel que soit le nombre de victimes	45 735 EUR HT par année d'assurance	300 EUR

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT

(Accord collectif n° 1958 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS))

Le licencié a la possibilité de renoncer à la garantie Individuelle Accident de base incluse dans sa licence et peut en demander son remboursement de 0,35 € TTC en cochant la case correspondante sur le feuillet de demande de licence (le remboursement sera effectué directement par la MDS).

GARANTIES	Licencié de base	Dirigeants, Athlètes de haut niveau, Membres Equipes de France
DECES Moins de 16 ans 16 ans et plus	8 000 € 25 000 €	8 000 € 38 000 €
INVALIDITE PERMANENTE	80 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)	110 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, médicaux Forfait journalier hospitalier Forfait dentaire Forfait optique	200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 300 € / dent 300 € / accident	200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 600 € / dent 600 € / accident
REMISE A NIVEAU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	30 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 180 h)	40 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 300 h)
INDEMNITES JOURNALIERES (soumises à conditions de revenus)		30 €/jour (maximum 365 jours) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation)
CAPITAL SANTE	1 525 € / accident	2 000 € / accident

Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **CAPITAL SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.525 € ou 2.000 € selon la qualité de l'assuré.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux /// Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale /// Bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives /// Frais de prothèse dentaire ///

En cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km /// Frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive /// Frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien) /// Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Sont notamment garantis : • Le rapatriement ou le transport sanitaire. • La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. • La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 340 €, déduction faite d'une franchise de 16 € par dossier. • Le rapatriement, le transport du corps en cas de décès et la prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 460 €. L'assistance n'intervient qu'après appel au 01 45 16 65 70.

Pour tous renseignements, contactez : **MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS) - 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16**

Tél. : 01 53 04 86 16 (en cas d'accident : 01 53 04 86 20) / Fax : 01 53 04 86 87 / E-mail : contact@grpmds.com

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance. Il n'est par conséquent pas contractuel. Formulaire de déclaration d'accident et notices d'information téléchargeables sur le site Internet de la FFHM <http://www.ffhaltero.fr>

Ce document n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, MUTUELLE DES SPORTIFS, ALLIANZ et F.F.H.M. au-delà des limites des contrats précités.

3 / RESPONSABILITE CIVILE DES DIRIGEANTS

(assurances souscrites auprès d'ALLIANZ IARD - Contrat n° 45779874 présenté par MDS Conseil)

	MONTANTS	FRANCHISE
Dirigeants de clubs ou de groupements de clubs	152 500 EUR par sinistre	1 500 EUR par sinistre
Dirigeant de la FFHM	304 900 EUR par sinistre	1 500 EUR par sinistre

Bulletin d'adhésion garanties complémentaires F.F.H.M.

(à retourner à la MDS 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16)

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le N° 422 801 910

Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la MDS de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.

Options	Décès	Invalidité (pour 100% d'invalidité) ¹	Indemnités Journalières (pendant au plus 1095 jours) (franchise 30 jours ; 4 jours si hospitalisation)	Cotisation annuelle TTC
(*) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	15 250 € (**)	30 500 € (*)		6,30 €
	15 250 €	30 500 € (**)	8 € / Jour	7,70 €
	30 500 €	61 000 €		20,60 €
(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans	30 500 €	61 000 €	16 € / Jour	12,00 €
	45 750 €	91 500 €		38,00 €
	76 250 €	152 500 €	38 € / Jour	16,40 €
				89,80 €

Nom : _____ Prénoms : _____

N° de Licence : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Profession (nature exacte) : _____

Structure affiliée : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat « SPORTMUT » ayant pour objet de proposer des **garanties complémentaires** en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par ma licence à la F.F.H.M.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT de ne pas y adhérer

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : _____

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S. Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S.

Fait à _____, le _____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cachet de la structure affiliée :