



Nom de la structure affiliée :	Code Postal :
--------------------------------	---------------

Monsieur       Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse .....

..... Téléphone .....

Code postal ..... Ville ..... Email .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à ..... Nationalité .....

J'autorise la FFHM à m'envoyer, par courriel, des communications officielles notamment à des fins associatives ou commerciales.

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

**RENOUVELLEMENT**  
Noter ici le numéro de licence :

**CERTIFICAT MEDICAL**

**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 postérieur au 30 juin 2018, 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<sup>1</sup>**

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).

<sup>1</sup> La pratique au sein d'une structure commerciale ou d'une collectivité locale affiliées à la Fédération sera couverte, étant toutefois précisé que dans ce cas, le contrat interviendra en complément ou à défaut des assurances souscrites à titre personnel des licenciés de ladite structure commerciale ou collectivité locale.

**SIGNATURE DU TITULAIRE OU DU REPRESENTANT LEGAL SI LE DEMANDEUR EST MINEUR**  
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 PRESIDENT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL DE LA STRUCTURE AFFILIÉE<sup>2</sup>**  
**Cachet et signature**

<sup>2</sup> 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.

Date: ..... / ..... / .....

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFHM et ce, aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle anti-dopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGDP). Le demandeur peut exercer ces droits auprès du service licences de la FFHM via l'adresse mail suivante : [service/licences@ffhaltero.fr](mailto:service/licences@ffhaltero.fr)

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
<b>DEFENSE PENALE &amp; RECOURS</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>Seuil d'intervention</b>
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))

GARANTIES	Licenciés de base	Dirigeants, Athlètes de haut niveau, Membres Equipes de France
<b>DECES</b>		
Moins de 16 ans	8 000 €	8 000 € (20 000 € pour les athlètes de haut niveau)
16 ans et plus	25 000 €	38 000 €
<b>INVALIDITE PERMANENTE</b>	80 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)	110 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)
<b>FRAIS DE PREMIER TRANSPORT</b>	100% des frais réels	100% des frais réels
<b>FRAIS DE SOINS DE SANTE</b> 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 € / acc.
<b>FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE</b>		4.580 €
<b>REMISE A NIVEAU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE</b>	30 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 180 h)	40 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 300 h)
<b>INDEMNITES JOURNALIERES</b> (soumises à conditions de revenus)		30 €/jour (maximum 365 jours) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation)
<b>CAPITAL SANTE</b>	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.

Le 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 reconstruit 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.

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
Dirigeants 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)

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	Capital Décès	Capital Invalidité (pour 100 % d'invalidité)	Indemnités Journalières	Cotisation annuelle TTC
<input type="checkbox"/> *	-	30 500 €	-	6,30 €
<input type="checkbox"/> **	15 250 €	30 500 €	-	7,70 €
<input type="checkbox"/>	15 250 €	30 500 €	8 €/Jour	20,60 €
<input type="checkbox"/> **	30 500 €	61 000 €	-	12,00 €
<input type="checkbox"/>	30 500 €	61 000 €	16 €/Jour	38,00 €
<input type="checkbox"/>	45 750 €	91 500 €	-	16,40 €
<input type="checkbox"/>	76 250 €	152 500 €	38 €/Jour	89,80 €

\* Option réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans

\*\* Seules formules pouvant être accordées aux personnes âgées de plus de 60 ans (limite d'âge: 70 ans)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 N° de licence: \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Code Postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 Profession (nature exacte): \_\_\_\_\_  
 Club d'appartenance: \_\_\_\_\_

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 du club