



FÉDÉRATION FRANÇAISE D'HALTÉROPHILIE - MUSCULATION

7, rue Roland Martin - 94500 Champigny-sur-Marne
Tél. : 01 55 09 14 25
Courriel : contact@ffhaltero.fr - Site internet : www.ffhaltero.fr

DEMANDE DE LICENCE 2024-2025

L Q I S I R

Nom de la structure affiliée : Code Postal :

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom d'usage : Nom de naissance (si différent) :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Code postal : Ville : Email :

Date de naissance : / / Ville de naissance : Pays de naissance :

Nationalité :

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

RENOUVELLEMENT

Noter ici le numéro de licence :

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, Individuelle Accident et Assistance » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,

• de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance » 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 » et « Assistance » (Cocher la case ci-dessous pour y renoncer)

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

CONTROLE DE L'HONORABILITÉ

La demande de licence concerne un éducateur bénévole ☐

La licence sollicitée permettant d'accéder à la fonction d'éducateur sportif, je suis soumis à un contrôle de mon honorabilité. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.2212-9 du Code du sport soit effectué.

La fédération rappelle que les dirigeants, les juges - arbitres, soumis également à un contrôle de leur honorabilité, au sens de l'article L.322-1 du Code du sport, doivent remplir le formulaire de demande de licence « compétition-dirigeant-arbitre ».

J'ai compris l'objet de ce contrôle : ☐

CERTIFICAT MEDICAL

1/ Si vous êtes majeur, vous n'avez pas besoin de fournir un certificat médical 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 certificat médical)

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

2/ Si vous êtes mineur, vous n'avez pas besoin de fournir un certificat médical à condition de répondre au questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur 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 certificat médical)

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

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

A : Cachet et signature obligatoires du médecin :

Le :

LE PRÉSIDENT OU LE REPRÉSENTANT LÉGAL

DE LA STRUCTURE AFFILIÉE¹

Cachet et signature

¹En signant ce document, le Président ou le représentant légal de la structure affiliée :

- atteste avoir en sa possession le questionnaire de santé relatif au majeur ou le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et seulement en cas de non-satisfaction des questionnaires, le certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives des adhérents,

- s'engage à transmettre et diffuser les informations concernant les garanties d'assurances auxquelles 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 : / /

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.

Vous êtes informés 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 (RGPD). Le demandeur peut exercer ses droits auprès du service licences de la FFHM via l'adresse mail suivante : servicecertificats@ffhaltero.fr

FEUILLET A CONSERVER PAR LA STRUCTURE AFFILIÉE

I. RESPONSABILITE CIVILE (Contrat N° 147.325.567)		
Nature des garanties	Montant des garanties	Franchise
Responsabilité Civile avant-livraison		
Tous dommages confondus	8 000 000 EUR(1)	
Dont :		
• Dommages corporels et immatériel consécutifs	8 000 000 EUR(2)	
- Limité en cas de faute inexcusable	3 500 000 EUR(1)	
• Dommages matériels et immatériel consécutifs	1 500 000 EUR	200 EUR
• Dommages matériels vols :		
- Suite à vol des préposés	30 000 EUR	200 EUR
- Suite à RC dépositaire (vestiaires)	5 000 EUR	200 EUR
• Dommages matériels subis par les biens meubles ou immeubles confiés, loués ou empruntés		
- Biens meubles	150 000 EUR	200 EUR
- Biens Immeubles	1 500 000 EUR	200 EUR
Atteintes à l'environnement accidentelles	1 000 000 EUR (1)	
Responsabilité Civile médicale	8 000 000 EUR	1 500 EUR
	10 000 000 EUR PAR ANNEE	
RC de l'Etat et dommages causés au personnel		
- Dommages corporels	8 000 000 EUR	
- Dommages matériels	1 000 000 EUR	
- Dommages causés au matériel	1 000 000 EUR	
Dommages Immatériels Non Consécutifs	150 000 EUR	1 500 EUR
Responsabilité Civile après-livraison / Responsabilité Professionnelle		
Tous dommages confondus	2 000 000 EUR(1)	
Dont :		
• Dommages matériels et immatériel confondus	2 000 000 EUR(1)	400 EUR
• Dommages matériels et immatériel non consécutifs	150 000 EUR(1)	1 500 EUR
Assurance recours et défense pénale suite à Accident	30 500 EUR	
(1) Ce montant constitue un maximum pour l'ensemble des sinistres d'une même année d'assurance. (2) Les dommages corporels résultant de l'utilisation ou du déplacement d'un véhicule terrestre à moteur sont garantis sans limitation.		

II. INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Contrat N° 147.325.567)		
Nature des garanties	Garantie de Base	Franchise
Décès	25.000 EUR(1) Si l'assuré est âgé de moins de 16 ans le capital est de 8 000 EUR(1)	Néant
Invalidité permanente	80.000 EUR(1) x TAUX AIPP	4%
Garantie COMA (dans la limite du capital Décès)	2 % du capital Décès par semaine de coma,	14 jours
Remboursement de soins	200 % TC SS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels). Frais hospitaliers + 30EUR/jour dans la limite de 30 jours.	Néant
Hospitalisation		
Forfait dentaire	300 EUR(2) par dent (par sinistre et par an).	Néant
Forfait optique	160 EUR(2) par sinistre et par an.	Néant
Prothèse auditive	800 EUR(2) par appareil, par sinistre et par an.	Néant
Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles)	Dans la limite de 1 000 EUR(2) (par sinistre et par an).	Néant
Frais de Transport	300 EUR par sinistre porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère	Néant
Frais de remise à niveau scolaire	1 600 EUR	15 jours d'arrêt
Frais de redoublement de l'année d'études	1 600 EUR	2 mois d'arrêt
Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle	1 600 EUR	35% d'IPP
(1) Garantie maximum 1 525 000 euros en cas de sinistre collectif (2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré		

III. ASSISTANCE (Contrat N° 147.325.567 - Code 100.513)	
Frais de transport de l'assuré blessé ou malade	Frais réels
Soins médicaux à l'étranger y compris envoi de médicaments et soins dentaires	30 500 € (franchise de 80€)
Prolongation de séjour avant rapatriement	Frais réels
-frais d'hôtel	80 € / nuit x 10 nuits
-frais de transport retour	80 € / nuit x 10 nuits + Transport
Présence hospitalisation (> 5 nuits)	Frais réels
Transport d'un membre de la famille	Frais d'hôtel 80 € / jour x 10 nuits
-frais d'hôtel	Frais réels
Rapatriement ou transport sanitaire	Frais réels
Retour prématuré	Frais réels
Retour des autres personnes	Frais réels
Transport et rapatriement du corps	Frais réels
Transmission de messages urgents	Service garanti
Aide en cas de perte de documents d'identité	Service garanti
Aide en cas d'annulation ou retard d'avion	Service garanti
Chauffeur de remplacement	Service garanti
Assistance aux enfants et petits enfants	Billet A/R (avion ou train)
Avance de fonds	500 €
Assistance juridique à l'étranger	1 500€
Caution Pénale	15 000€
Accompagnement psychologique	Service garanti

GARANTIES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES (Contrat N° 147.325.578)		
Nature des garanties	Option 1	Option 2
Décès	+ 15 000 EUR + 8 000 EUR si <16 ans	+ 38 000 EUR + 8 000 EUR si <16 ans
Invalidité permanente	+ 15 000 EUR	+ 38 000 EUR
Incapacité temporaire (max 360 jours)	15 EUR / jour (franchise 30 j si hospitalisation 4j)	30 EUR / jour (franchise 30 j si hospitalisation 4j)

RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS (Contrat N° 147.325.567)		
Nature des garanties	Montant des garanties	Franchise
Responsabilité Civile Personnelle des Dirigeants	FFHM et structures délégataires (Ligues et Comités) : 1 000 000 € Autres assurés (Associations et clubs affiliés) : 150 000 € Y compris frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat et de procès. Compris dans le montant ci-dessus	Néant
Défense pénale		Néant

GARANTIES COMPLEMENTAIRES DU LICENCIE

Conformément aux dispositions de l'article L321.6 du Code du Sport, le licencié a la faculté de compléter les garanties d'assurance de base en cas d'accident corporel contenues dans sa licence. A cet effet, l'Assureur et la Fédération, mettent à disposition du licencié les garanties complémentaires et options suivantes sous le numéro de contrat 147.325.578.

NATURE DES GARANTIES	OPTION 1	OPTION 2
DECES < 16 ANS > 16 ANS	8 000 € 15 000 €	8 000 € 38 000 €
INVALIDITE PERMANENTE Franchise identique à la garantie de base 4%	15 000 €	30 000 €
INCAPACITE TEMPORAIRE Versement d'indemnités journalières pendant 360 jours	15 € / jour (1) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation)	30 € / jour (1) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation)
COTISATION UNITAIRE TTC PAR LICENCIE (pour une garantie du 1 ^{er} septembre au 31 août, sans réduction au prorata) (tarif en vigueur jusqu'au 31.08.2024)	15,00 EUR	25,00 EUR

COMMENT SOUSCRIRE ?

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, remplissez, datez et signez ce bulletin d'adhésion et renvoyez-le accompagné d'un chèque à l'ordre de :

SARL BILLET GL ASSURANCES, 19 Square Gambon - BP 114 - 58205 COSNE SUR LOIRE CEDEX

Pour toutes informations complémentaires : Contactez SARL BILLET GL ASSURANCES

- Tél. 03 86 28 20 74 / Fax : 03 86 28 29 06
- Email : cabinet.billet@mma.fr

L'ADHERENT (LE LICENCIE)		
Nom / prénom :	N° DE LICENCE FEDERALE : (joindre obligatoirement une photocopie)	Tél : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Adresse :	CP : _____ Ville : _____	Email :
Club de rattachement :	Email du Club :	
OPTION CHOISIE	OPTION 1 ☐	OPTION 2 ☐

PERIODE DE GARANTIE :

- Les garanties prennent effet : à la date de la réception du bulletin et du chèque auprès de l'assureur.
- Les garanties prennent fin au 31 août de chaque année.

L'ensemble des dispositions prévues dans la notice d'assurance du contrat de base dont le licencié déclare avoir reçu et pris connaissance trouve aussi application aux présentes garanties complémentaires.

A réception, l'assureur vous transmettra une attestation par mail (uniquement).

Fait à :

Le :

Signature : (ou de son représentant légal avec nom et prénom s'il est mineur)

