



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2020-2021



Nom du club : ..... N° d'affiliation du club : .....

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical

IDENTITÉ

NOM : ..... Sexe : M  / F 
PRÉNOM : ..... Nationalité : .....
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Ville de naissance : .....
Adresse (1): .....
CP : ..... Ville : .....
Pays de résidence : ..... Email (1) : .....
Téléphones : fixe ..... mobile .....

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles...

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant  Joueur Libre  Joueur Futsal  Joueur Entreprise  Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : ..... - ..... Nom du club : .....
Fédération étrangère le cas échéant : .....

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici https://fff.fr/e/ass/7700.pdf, par ma Ligue régionale et mon club :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
 Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN  Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF 
Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://www.fff.fr/e/l/gs-li.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :
 Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
 Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.
Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs :

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

Date de l'examen : ..... / ..... / ..... (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

..... (1)

Signature et cachet (1)(3)

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom : .....

Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engageant la responsabilité du club.

Nom, prénom : .....

Le ..... / ..... / ..... Signature :



**LIGUE DE BRETAGNE DE FOOTBALL  
 Police n°AH892757**

**GARANTIES INCLUSES DANS L'ASSURANCE DE LA LICENCE DÉLIVRÉE PAR LA LIGUE**

**1. RESPONSABILITE CIVILE**

**RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-A-VIS DES TIERS**

- DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS.....15 000 000 €

**2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A**

La ligue de Bretagne de Football informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. A cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

**ACCIDENTS CORPORELS**

- **DÉCÈS :**
  - Célibataire ..... 20 000 €
  - Marié ..... 25 000 €
  - + 15 % par enfant à charge, maximum 45 %
- **INVALIDITÉ PERMANENTE :**
  - a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 25 000 €
  - b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 45 000 €
  - c) à partir de 66 % ..... 90 000 €
- **INDEMNITES JOURNALIERES\* (IJ)** ..... 16€/jour  
 A compter du 22<sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours
- **SCOLARITE :** (franchise 30 jours) maximum :
  - a) Soutien pédagogique et frais de transport ..... 1 000 €
  - b) Redoublement de l'année scolaire ..... 1 000 €
- **FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :**  
 Si taux d'invalidité supérieur à 25 % ..... 5 000 €

- **FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX, D'HOSPITALISATION \***  
 à concurrence de 220 % du tarif de Convention de la SS
- **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** ..... Frais Réels
- **FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE** ..... maximum 200 €
- **REMBOURSEMENT DES DENTS \* 220 %** du tarif de Convention SS, maximum par dent ..... 300 €
- **FRAIS 1<sup>er</sup> APPAREIL ORTHODONTIE \*** ..... maximum 650 €
- **REMBOURSEMENT BRIS LUNETTES \*** ..... maximum 300 €
- **REMBOURSEMENT PROTHESES AUDITIVES\*** ..... 500 €
- **RAPATRIEMENT** ..... maximum 800 €
- **FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS \*** ..... maximum Frais Réels

\* Montant maximum, après intervention des régimes obligatoires et complémentaires.

**NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2020/2021**

**GARANTIES COMPLEMENTAIRES**

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-dessus peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires directement auprès du Cabinet PEZANT (par courrier, fax, mail ou téléphone) ou sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités journalières	Tarif	Cochez l'option choisie
o <b>Formule B</b>	Formule A + 25%	Formule A + 25%	20 € / jour (1)	40 € / an	<input type="checkbox"/>
o <b>Formule C</b> (1) A compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours	Formule A + 50%	Formule A + 50%	24 € / jour (1)	80 € / an	<input type="checkbox"/>
o <b>Formule D « Spécial Invalidité »</b> A partir de 33% de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40%, indemnité de 48 000 €)		120 000 €		21 € / an	<input type="checkbox"/>
o <b>Formule E</b> : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) o <b>Formule F</b> : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) o <b>Formule G</b> : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) o <b>Formule H</b> : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour 12.50 € / jour 16 € / jour 23 € / jour	22 € / an 35 € / an 44 € / an 56 € / an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(*) vient en cumul des garanties de la Licence, après intervention des Régimes obligatoires et complémentaires					

Partie à conserver par le club

**PROCEDURE DE DECLARATION D'ACCIDENT A EFFECTUER  
DANS UN DELAI MAXIMUM DE 5 JOURS APRES L'ACCIDENT  
(PAR L'INTERMEDIAIRE DE VOTRE CLUB)**

① En ligne sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr)

② Par courrier, en nous adressant :

- Déclaration d'accident dûment complétée et signée de votre Club
- Certificat médical initial des blessures (fourni par le médecin traitant).

**S'il reste des frais médicaux à votre charge après intervention des régimes obligatoires et complémentaires :**

- **Pas de Mutuelle** : Bordereaux remboursement Sécurité Sociale (RAM,MSA).
- **Avec Mutuelle** : Bordereaux Sécurité Sociale + Mutuelle.

**En cas d'hospitalisation :**

- Bulletin de situation (fourni par l'hôpital)

**Si arrêt de travail et perte de salaire :**

- Certificat d'arrêt de travail (fourni par le médecin traitant).
- Copie des trois derniers bulletins de paie qui précèdent l'accident
- Copie du (ou des) bulletin(s) de paie sur le(s)quel(s) le salaire a été retenu.
- Bordereaux du versement des indemnités journalières du régime obligatoire et éventuellement des régimes de prévoyance.

Le présent document ne peut engager Generali au delà des limites du contrat auquel elle se réfère.

**Pour nous contacter :**

**STEPHANE PEZANT ASSURANCES**

Stéphane PEZANT – N° ORIAS : 07 020 430

Agent général exclusif

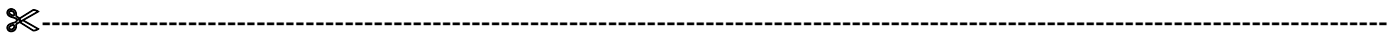
(Immatriculation vérifiable sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr))

3 Rue Guilbert 14000 Caen

Tel: 02.31.06.08.06 Fax: 02 31.75.54.01

[assurfoot@agence.generalif.fr](mailto:assurfoot@agence.generalif.fr)

Partie à conserver par le licencié



**BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES**

Nom et Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse complète : .....

Club : ..... Email : .....

Je joins un chèque de ..... €

Date et signature du joueur :

**STEPHANE PEZANT ASSURANCES**

3 Rue Guilbert 14000 Caen

*Document à compléter recto verso et à retourner, signé et accompagné de votre règlement, à l'adresse ci-dessus.*



**LIGUE DE BRETAGNE DE FOOTBALL  
 Police n°AH892757**

**GARANTIES INCLUSES DANS L'ASSURANCE DE LA LICENCE DÉLIVRÉE PAR LA LIGUE**

**1. RESPONSABILITE CIVILE**

**RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-A-VIS DES TIERS**

- DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS.....15 000 000 €

**2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A**

La ligue de Bretagne de Football informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. A cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

**ACCIDENTS CORPORELS**

- **DÉCÈS :**
  - Célibataire ..... 20 000 €
  - Marié ..... 25 000 €
  - + 15 % par enfant à charge, maximum 45 %
- **INVALIDITÉ PERMANENTE :**
  - a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 25 000 €
  - b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 45 000 €
  - c) à partir de 66 % ..... 90 000 €
- **INDEMNITES JOURNALIERES\* (IJ)** ..... 16€/jour  
 A compter du 22<sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours
- **SCOLARITE :** (franchise 30 jours) maximum :
  - a) Soutien pédagogique et frais de transport ..... 1 000 €
  - b) Redoublement de l'année scolaire ..... 1 000 €
- **FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :**  
 Si taux d'invalidité supérieur à 25 % ..... 5 000 €

- **FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX, D'HOSPITALISATION \***  
 à concurrence de 220 % du tarif de Convention de la SS
- **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** ..... Frais Réels
- **FRAIS MEDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE** ..... maximum 200 €
- **REMBOURSEMENT DES DENTS \* 220 %** du tarif de Convention SS, maximum par dent ..... 300 €
- **FRAIS 1<sup>er</sup> APPAREIL ORTHODONTIE \*** ..... maximum 650 €
- **REMBOURSEMENT BRIS LUNETTES \*** ..... maximum 300 €
- **REMBOURSEMENT PROTHESES AUDITIVES\*** ..... 500 €
- **RAPATRIEMENT** ..... maximum 800 €
- **FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS \*** ..... maximum Frais Réels

\* Montant maximum, après intervention des régimes obligatoires et complémentaires.

**NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2020/2021**

**Partie à conserver par le licencié**

**BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES**

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-dessus peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires directement auprès du Cabinet PEZANT (par courrier, fax, mail ou téléphone) ou sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités journalières	Tarif	Cochez l'option choisie
<input type="radio"/> <b>Formule B</b>  <input type="radio"/> <b>Formule C</b> (1) A compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours	Formule A + 25%	Formule A + 25%	20 € / jour (1)	40 € / an	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> <b>Formule D « Spécial Invalidité »</b> A partir de 33% de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40%, indemnité de 48 000 €)		120 000 €		21 € / an	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> <b>Formule E :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) <input type="radio"/> <b>Formule F :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) <input type="radio"/> <b>Formule G :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*) <input type="radio"/> <b>Formule H :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour 12.50 € / jour 16 € / jour 23 € / jour	22 € / an 35 € / an 44 € / an 56 € / an	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(\*) vient en cumul des garanties de la Licence, après intervention des Régimes obligatoires et complémentaires