

LE FORMULAIRE DE PRISE DE LICENCE 2013/2014

Le formulaire de prise de licence FFBaD 2013-2014
est le document indispensable :

- pour s'inscrire dans un club de badminton affilié à la FFBaD,
- pour recevoir votre licence de badminton 2013-2014.

Le document contient :

- le formulaire de prise de licence
- les niveaux de garantie de l'Assurance Fédérale Allianz
- les garanties complémentaires en option

Afin de recevoir votre licence au plus vite, voici la procédure :

Vous êtes licencié(e) à la FFBaD et vous souhaitez renouveler votre licence :

- Lisez attentivement l'intégralité du document,
- Imprimez en deux exemplaires la demande de licence 2013-2014 (page 2),
- Remplissez en lettres capitales les 2 exemplaires du formulaire,
- Signez les deux exemplaires,
- Conservez un exemplaire et remettez le second au Président de votre club.

Vous êtes Président(e) de club affilié à la FFBaD :

- Lisez attentivement l'intégralité du document,
- Imprimez en nombre des exemplaires du formulaire de prise de licence (page 2) pour les licenciés actuels et nouveaux licenciés,
- Imprimer en nombre des exemplaires des garanties de l'Assurance Fédérale Allianz (page 3),
- Faire remplir et signer impérativement le formulaire de prise de licence par tous les licenciés de votre club,
- Donnez un exemplaire signé au licencié, conservez l'autre.

Informations Utiles :

Informations sur le dopage : www.dopage.com
Numéro d'écoute dopage : 0 800 15 2000

Pour toute question relative à l'assurance fédérale Allianz

Rendez-vous sur la page internet : www.allianz.fr/degroised dans l'onglet « votre agence vous propose » ou
contacter l'agence Allianz Assurances Degroise, 16 rue des Carabiniers de Monsieur, BP 183, 49415 SAUMUR
CEDEX

Tél. : 02 41 51 19 32 - Fax. : 02 41 50 73 56 - e-mail : david.degroise@agents.allianz.fr



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BADMINTON

9-11 avenue Michelet - 93583 Saint-Ouen Cedex - T 01 49 45 07 07 - F 01 49 45 18 71 - E ffbad@ffbad.org

www.ffbad.org

DEMANDE DE LICENCE 2013-2014

Imprimez, remplissez en lettres capitales et signez en 2 exemplaires ce formulaire.
Conservez un exemplaire et remettez le second à votre Président(e) de club.



CLUB _____

LIGUE _____ DÉPT _____

NOM _____ PRÉNOM _____

SEXE : FÉM. MASC. NÉ(E) LE _____ NATIONALITÉ _____

RENOUVELLEMENT LICENCE N° _____ NOUVELLE LICENCE

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PAYS _____

TÉL. FIXE : + 33 (0) _____ TÉL. MOBILE : + 33 (0) _____

E-MAIL _____

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE adhérer à l'assurance « responsabilité civile et individuelle accident » proposée par la Fédération Française de Badminton et avoir pris connaissance des garanties complémentaires et des informations relatives à la notice d'assurance.

Signature (obligatoire) du licencié ou de son représentant légal

Faire précéder la signature de la mention "J'accepte les conditions d'Assurances proposées et certifie l'exactitude des informations écrites"

Le _____ 2 0 _____

JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Les licenciés ont la possibilité de ne pas adhérer au contrat « individuel accident » proposé par la fédération. Les garanties sont décrites dans le document comprenant ce formulaire (page 4). Le coût de cette assurance est de 0,75€ par année de licence. En cas de refus de souscrire au contrat collectif d'assurances, le licencié doit faire parvenir une attestation prouvant la couverture légale prévue par le code du sport au siège de la fédération par l'intermédiaire du club.

Contrôle antidopage

Considérant le Code du sport - Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage,

– Article L232-10-3 : « Il est interdit à toute personne de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par le présent titre. »

– Article L232-12 : « Les opérations de contrôle sont diligentées par le directeur du département des contrôles de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 ayant la qualité de médecin peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites. Les personnes agréées par l'agence et assermentées peuvent également procéder à ces prélèvements biologiques. Seules les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 et qui y sont autorisées par le code de la santé publique peuvent procéder à des prélèvements sanguins. »

Les responsables légaux des enfants mineurs sont tenus de remplir l'autorisation d'intervention ci-dessous

JE SOUSSIGNÉ : M. , MME , MLLE ,

AGISSANT EN QUALITÉ DE : PÈRE, MÈRE, TUTEUR, TUTRICE, autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____

LE _____ 2 0 _____ SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Ces informations sont destinées à la Fédération Française de Badminton. Nous pouvons être amenés à utiliser ces informations à des fins de prospection.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Nous envisageons de transmettre votre adresse de courrier électronique à des tiers (partenaires commerciaux, par exemple) à des fins de prospection (commerciale, par exemple).

Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition à la divulgation des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978).

Pour toute demande, adressez-vous à la CNIL : cnil@ffbad.org

NIVEAU DE GARANTIES DE L'ASSURANCE ALLIANZ



Les garanties s'exercent, par sinistre, à concurrence des montants et compte tenu des franchises fixées.

Garantie	Montant	Franchise
Responsabilité civile*		
<input type="checkbox"/> Dommages corporels	5 344 000 €	NC
<input type="checkbox"/> Dommages matériels et immatériels consécutifs	890 600 €	10% **
– dont immatériels consécutifs	445 000 €	10% **
– dont biens déposés dans un vestiaire organisé	4 600 €	10% **
– dont vol au préjudice d'autrui	4 600 €	10% **
Limitation particulière sur les fonds, valeurs et objets précieux	460 €	10% **
<input type="checkbox"/> Dommage résultant d'un défaut de conseil (art. 38 de la Loi n°84.610 du 16/07/1984)	300 000 €	NC
Défense-Recours		
<input type="checkbox"/> Frais de justice y compris honoraires d'avocats	23 000 €	NC
<input type="checkbox"/> Nous n'effectuons pas les recours judiciaires pour les réclamations inférieures à	160 €	NC

* Les montants de garantie qui suivent s'entendent sous réserve des dispositions concernant les "dommages exceptionnels", limités à 4 600 000 € (feu, pollution, eau, gaz, électricité, explosion, etc...)

** 10% du montant de l'indemnité avec un minimum de 90 € et un maximum de 900 €

Garantie	Montant
Assistance aux personnes- Mondial Assistance	
<input type="checkbox"/> Rapatriement ou transport sanitaire	Intégralité des frais garantis
<input type="checkbox"/> Avance sur dépenses de santé engagées par l'assuré à l'étranger en cas d'hospitalisation	3 800 €
<input type="checkbox"/> Nous n'intervenons pas pour les avances inférieures à	80 €
<input type="checkbox"/> Transport du corps de l'assuré décédé et frais annexes	Intégralité des frais garantis
<input type="checkbox"/> Transport d'une personne autre que la victime	Billet SNCF 1 ^{ère} classe ou avion classe tourisme
<input type="checkbox"/> Frais de séjour à l'hôtel d'une personne autre que la victime	310€ par sinistres sans pouvoir dépasser 31€ par nuit
<input type="checkbox"/> Recherche et envoi de médicaments	Intégralité des frais garantis

Organisation et prise en charge des prestations au-delà de 5 km du siège de la Fédération et dans les limites territoriales suivantes : MONDE ENTIER

MONDIAL ASSISTANCE - Tél : 01 40 255 255 / PROTOCOLE n°610509

Accidents corporels avec franchise relative de 5 % en invalidité

(ALLIANZ prend en charge tous les sinistres supérieurs ou égaux à 5 % d'invalidité)

Garantie	Dirigeants	Joueurs	
		Licenciés	Haut Niveau
<input type="checkbox"/> Capital Décès	12 200 €	9 900 €	16 500 €
<input type="checkbox"/> Capital Invalidité Permanente Totale	24 400 €	19 800 €	33 000 €
<input type="checkbox"/> Limitation des dépassements d'honoraires des médecins	250 €		
<input type="checkbox"/> Frais de traitement à concurrence de y compris frais de lunetterie y compris prothèse dentaire	1 524 € jusqu'à 350 € jusqu'à 350 € par dent avec un maximum de 600 €		
<input type="checkbox"/> Frais de recherche et de secours	à concurrence de 1 524 €		

En cas de sinistre collectif, notre engagement pour un même événement est limité à 1 500 000 € – montant maximum invariable quel que soit le nombre de victimes ; les indemnités dues pour chacune d'entre elles seront réduites proportionnellement.

BULLETIN D'ADHÉSION



**Pour l'option « garanties complémentaires »
du contrat accidents corporels Entreprise
régie par le code des assurances.**

Option « garanties complémentaires »

Vous souhaitez bénéficier de cette option, pour cela, il vous suffit de remplir, dater et signer le bulletin d'adhésion ci-dessous et de le renvoyer accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de David Degroise, Agent Général ALLIANZ, à l'adresse précisée ci-dessous.

Garantie ⁽¹⁾	Option 1	Option 2	Option 3
<input type="checkbox"/> Indemnités Journalières ⁽²⁾	0	30,49 €	45,74 €
<input type="checkbox"/> Capital Invalidité Permanente Totale	60 980 €	45 735 €	60 980 €
<input type="checkbox"/> Capital Décès	45 735 €	30 490 €	45 735 €
<input type="checkbox"/> Cotisation Joueur TTC (tarif pour la saison en cours)	52,44 €	71,19 €	107,63 €

(1) Les montants de l'option choisie annulent et remplacent ceux attribués d'office par le contrat de la Fédération.
Ces options ne peuvent pas être souscrites par des personnes de 60 ans et plus.

(2) Cette garantie ne peut pas être accordée aux personnes n'exerçant pas un travail rémunéré. Les indemnités journalières sont payées pour la durée de l'incapacité temporaire totale et au maximum pour 365 jours répartis sur 2 ans à partir du 1er jour de versement avec une franchise de 7 jours.

Ce contrat est conclu pour la durée de la saison en cours à compter de la date de réception du chèque et sans tacite reconduction. Le présent feuillet ayant valeur d'assurance.

Une copie (à garder) de ce bulletin signée par ALLIANZ vous sera renvoyée.

Je soussigné(e), confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées dans le bulletin ci-dessous et demande à être assuré(e) sur la base de celles-ci. Un exemplaire des Conventions Spéciales de ce contrat vous sera envoyé à réception du bulletin d'adhésion.

Les informations contenues dans le présent document sont destinées aux seuls traitements nécessaires à la souscription et à la gestion du présent contrat conformément à la loi 78-17060178. Vous pouvez demander communication des renseignements vous concernant et le cas échéant les faire rectifier.



Bulletin d'adhésion à retourner à : Allianz – Assurances Degroise

16 rue des Carabiniers de Monsieur

BP 183 – 49415 Saumur cedex

Nom

Prénom

Né(e) le Profession

N° Rue

Lieu-dit

Code Postal Commune

N° de l'Option choisie :

Date

Le Souscripteur

Pour la Compagnie