



ARBITRE

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2022-2023



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

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité

IDENTITÉ

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

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

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :
Motif de changement de club :

DOSSIER MÉDICAL

Dossier médical spécifique pour les arbitres
(se référer à la partie correspondant à votre situation)

AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL (UNIQUEMENT si votre situation le nécessite - cf DMA)
Vous devez répondre au questionnaire de santé qui vous concerne sur le DMA et attester de vos réponses ci-dessous.

Par la présente, le bénéficiaire (et son représentant légal pour les mineurs) confirme(nt) avoir pris connaissance du questionnaire et atteste(nt) avoir :

- Répondu NON à toutes les questions ;
 Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; Dossier Médical Arbitrage à fournir

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande ou sur ce lien https://fff.fr/e/ass/7400.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.

LICENCIÉ MINEUR : SIGNATURE

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

LICENCIÉ MAJEUR : SIGNATURE

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

REPRÉSENTANT DU CLUB : SIGNATURE

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engage la responsabilité du club.
Nom, prénom :
Le / / Signature :

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 du demandeur 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



GENERALI SPORTS-ASSURFOOT

N° ORIAS : 18 004 613
(Immatriculation vérifiable sur www.orias.fr)
16 Rue du Long Douet
14760 BRETTEVILLE SUR ODON
Tèl : 02.31.06.08.06

assurfoot@agence.generalif.fr

LIGUE DE FOOTBALL DE NORMANDIE Police n°AP874571

RAPPEL DES 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 20 000 000 €

2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A

La ligue de Football de Normandie 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	27 500 C	• FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, CHIRURGICAUX, D'HOSPITALISATION,	à concurrence de 300 % du tarif de Convention de la SS	
- Marié	31 000 C	• FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais Réels
+ 15 % par enfant à charge, maximum 45 %		• FRAIS MÉDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE, maximum		1000 C
• INVALIDITÉ PERMANENTE :		• REMBOURSEMENT DES DENTS * maximum par dent		300 C
a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence)	25 000 C	• FRAIS 1^{er} APPAREIL ORTHODONTIE * maximum		1000 C
b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence)	45 000 C	• REMBOURSEMENT BRIS LUNETTES * maximum		400 C
c) à partir de 66 %	90 000 C	• REMBOURSEMENT PROTHESES AUDITIVES		1000 C
• INDEMNITES JOURNALIERES* (IJ)	16 C/jour	• RAPATRIEMENT		Frais Réels
A compter du 22 ^{ème} jour et pendant 365 jours		• FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS * maximum		Frais Réels
• SCOLARITE : (franchise 15 jours) maximum :				
Soutien pédagogique et frais de transport	1 000 C			
Redoublement de l'année scolaire	1 000 C			
• FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :				
Si taux d'invalidité supérieur à 25%	5 000 C			

NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2022/2023



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 de GENERALI SPORTS-ASSURFOOT (par courrier, mail ou téléphone) ou sur www.assurfoot.fr.

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

Nom et Prénom : Date de Naissance :

Adresse complète:

Club : N° d'affiliation : Adresse email :

Je joins un chèque de €

Date et signature du joueur :

GENERALI SPORTS-ASSURFOOT
16 Rue du Long Douet
14760 BRETTEVILLE SUR ODON

Document à compléter et à retourner, signé et accompagné de votre règlement.