GENERALI
Solutions d'assurances

GESTION : ASCORA GUILLERMIN - 149 avenue Achille Peretti - 92522 NEUILLY CEDEX - N°ORIAS 07002054 - N°ORIAS 07000419

**LIGUE DE PARIS – ILE DE FRANCE DE FOOTBALL – Police n°66075306**

GARANTIES INCLUSES DANS LA LICENCE DELIVREE PAR LA LIGUE

- RESPONSABILITE CIVILE VIS A VIS DES TIERS (limite de garantie tous dommages confondus par année d'assurance : 40 000 000 €)

| GARANTIES | MONTANTS | | FRANCHISES |
|---|---|---|---|
| Tous dommages confondus corporels, matériels et immatériels | 10 000 000 € | par sinistre | néant |
| dont dommages matériels et immatériels consécutifs ou non | 2 500 000 € | par sinistre | néant |
| Limitations particulières<br>Dommages immatériels non consécutifs | 750 000 € | par sinistre et par an | 1 000 € par sinistre |
| Protection pénale et recours | 30 000 € | Par sinistre seuil d'intervention en recours 200 € | |

- INDIVIDUELLE ACCIDENT – FRAIS MEDICAUX – FRAIS DIVERS (limite de garantie en cas de sinistre collectif : 20 000 000 €)

***La LPIFF informe ses licenciés de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer les garanties suivantes en cas de dommages corporels survenus à l'occasion de la pratique sportive.***

| CAPITAUX DECES ET INVALIDITE POUR TOUS LES LICENCIES | | MONTANTS |
|---|---|---|
| DECES | célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge | 20 000 € (+15% par enfant à charge) |
| | marié sans enfant à charge | 25 000 € (+15% par enfant à charge) |
| INVALIDITE PERMANENTE | réductible en fonction du taux d'IPP | de 1% à 66% x 75 000 € = capital versé (taux d'IPP x capital de référence) |
| Capital versé en totalité si IPP>66% | | de 67% à 100% = 75 000 € |
| **CAPITAUX SPECIFIQUES POUR LES ARBITRES ET/OU DIRIGEANTS** | | **MONTANTS** |
| DECES | | capital porté à 50 000 € |
| INVALIDITE PERMANENTE | | capital de référence porté à 100 000 € |
| (pour les arbitres uniquement si IPP>66%) | | capital 300 000 € |
| INDEMNITES JOURNALIERES<br>après intervention des régimes obligatoires et complémentaires | | 82 €/ jour à compter du 4ème jour jusqu'au 1095ème jour dans la limite de la perte pécunière réellement subie |
| FRAIS D'OBSEQUES | | 3 500 € par victime |

| FRAIS MEDICAUX | MONTANTS * |
|---|---|
| Frais de soins de santé | 200% du tarif de convention SS |
| Forfait journalier hospitalier | frais réels |
| Frais de prothèses dentaires (par dent) | 250 € |
| Frais de premier appareil orthodontique | 650 € |
| Bris de lunettes ou de lentilles | 400 € |
| Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuil roulant) | 200 € |
| Prothèses auditives | 650 € |

| FRAIS DIVERS | MONTANTS |
|---|---|
| Frais de premier transport | frais réels |
| Frais de transport pour se rendre aux soins médicaux prescrits | frais réels |
| Frais de reconversion professionnelle | 8 000 € |
| Frais de remise à niveau scolaire | 35 €/ jour - max 3 150 € - franchise 30 jours |

** dans la limite des frais réels après intervention des régimes obligatoires et complémentaires*

- PRESTATIONS D'ASSISTANCE : Police EUROP ASSISTANCE n°58.662.532 (voir détail des prestations offertes au verso)

GARANTIES COMPLEMENTAIRES

***Compte tenu de votre situation personnelle les garanties de la police de base peuvent vous paraître insuffisantes. Il vous est donné la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires en renvoyant le bulletin de souscription ci-contre.***

| GARANTIES | OPTION A | OPTION B | OPTION C | OPTION D | OPTION E | OPTION F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DECES | 20 000,00 € | 35 000,00 € | 50 000,00 € | 75 000,00 € | 100 000,00 € | 125 000,00 € |
| INVALIDITE PERMANENTE * | 20 000,00 € | 35 000,00 € | 50 000,00 € | 75 000,00 € | 100 000,00 € | 125 000,00 € |
| INDEMNITES JOURNALIERES **<br>( en cas d'incapacité temporaire totale )<br>IJ versée à compter du 4ème jour d'incapacité temporaire totale de travail et ce jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours dans la limite de la perte pécuniaire réellement subie | 16,00 € | 20,00 € | 25,00 € | 30,00 € | 35,00 € | 50,00 € |
| **COTISATION TTC par adhérent avec IJ** | **16,00 €** | **23,00 €** | **30,00 €** | **40,00 €** | **45,00 €** | **50,00 €** |
| **COTISATION TTC par adhérent sans IJ** | **3,00 €** | **5,00 €** | **8,00 €** | **10,00 €** | **12,00 €** | **14,00 €** |
| **COCHEZ L'OPTION CHOISIE** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

** réductible en fonction du taux d'IPP*
*** uniquement pour les personnes de plus de 16 ans exerçant une activité professionnelle rémunérée régulièrement*

NB : toute demande supérieure peut faire l'objet d'une tarification spécifique

► A compléter et à signer au dos

*PARTIE A CONSERVER PAR LE LICENCIE*

# DEMANDE DE LICENCE ARBITRE

## FICHE RENOUVELLEMENT

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe : M ☐ / F ☐

Né(e) le : ..... /..... /..... Ville de naissance : ..... Nationalité : FR ☐ / UE ☐ / ETR ☐

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphones : Fixe : ..... /..... /..... /..... /..... / Mobile : ..... /..... /..... /..... /..... /

Email : .....

**PARTIE OBLIGATOIRE A REMPLIR - ASSURANCES**

Je soussigné(e) (nom, prénom) ..... Si représentant légal : Père ☐ / Mère ☐ / Tuteur légal ☐

reconnais avoir pris connaissance par l'intermédiaire de ma Ligue régionale :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents, jointes à la **présente demande**, dont je bénéficie par le biais de ma licence ainsi que de la possibilité d'y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher l'une des deux cases) :

☐ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur GENERALI.

OU BIEN ☐ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

**DISPONIBILITES – Reprise d'activité Le ..... /..... /.....**

| Plage Horaire | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Matin (8h/12h) | | | | | | | |
| A. Midi (12h/17h) | | | | | | | |
| Soir (18h/21h) | | | | | | | |

**Veuillez cocher les cases appropriées**

**Pour un arbitre licencié MINEUR**

Je soussigné(e) .....

Père ☐ / Mère ☐ / Tuteur légal ☐

Autorise (Nom+Prénom).....

à prendre une licence arbitre. Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document sont exactes.

Représentant légal Signature et Nom .....

Le ...../...../.....

**Pour un arbitre licencié MAJEUR**

Je soussigné(e) .....

Prend une licence arbitre. Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Signature et Nom Prénom .....

Le ...../...../.....

*Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues, à la FFF et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la « loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FFF par mail à « cil.fff@fff.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FFF, Correspondant Informatique et Libertés, 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15. Le demandeur est informé que certains éléments le concernant (sanctions disciplinaires et changements de clubs notamment) peuvent apparaître sur le bulletin, l'intranet de la FFF et/ou le site internet de la FFF, de sa Ligue et/ou de son District, en application des Règlements Généraux de la FFF.*

***A RETOURNER AVANT LE : _ 19 juillet 2010***

GENERALI
Solutions d'assurances

GESTION : ASCORA GUILLERMIN - 149 avenue Achille Peretti - 92522 NEUILLY CEDEX – N°ORIAS 07002054 - N°ORIAS 07000419

**LIGUE DE PARIS – ILE DE FRANCE DE FOOTBALL – Police n°66075306**

## GARANTIES INCLUSES DANS LA LICENCE DELIVREE PAR LA LIGUE

➢ RESPONSABILITE CIVILE VIS A VIS DES TIERS (limite de garantie tous dommages confondus par année d'assurance : 40 000 000 €)

| GARANTIES | MONTANTS | | FRANCHISES |
|---|---|---|---|
| Tous dommages confondus corporels, matériels et immatériels | 10 000 000 € | par sinistre | néant |
| dont dommages matériels et immatériels consécutifs ou non | 2 500 000 € | par sinistre | néant |
| Limitations particulières<br>Dommages immatériels non consécutifs | 750 000 € | par sinistre et par an | 1 000 € par sinistre |
| Protection pénale et recours | 30 000 € par sinistre seuil d'intervention en recours 200 € | | |

➢ INDIVIDUELLE ACCIDENT – FRAIS MEDICAUX – FRAIS DIVERS (limite de garantie en cas de sinistre collectif : 20 000 000 €)

***La LPIFF informe ses licenciés de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer les garanties suivantes en cas de dommages corporels survenus à l'occasion de la pratique sportive.***

| CAPITAUX DECES ET INVALIDITE POUR TOUS LES LICENCIES | | MONTANTS |
|---|---|---|
| DECES | célibataire, veuf, divorcé sans enfants à charge | 20 000 € (+15% par enfant à charge) |
| | marié sans enfant à charge | 25 000 € (+15% par enfant à charge) |
| INVALIDITE PERMANENTE | réductible en fonction du taux d'IPP | de 1% à 66% x 75 000 €= capital versé<br>(taux d'IPP x capital de référence) |
| Capital versé en totalité si IPP>66% | | de 67% à 100% = 75 000 € |
| **CAPITAUX SPECIFIQUES POUR LES ARBITRES ET/OU DIRIGEANTS** | | **MONTANTS** |
| DECES | | capital porté à 50 000 € |
| INVALIDITE PERMANENTE | | capital de référence porté à 100 000 € |
| (pour les arbitres uniquement si IPP>66%) | | capital 300 000 € |
| INDEMNITES JOURNALIERES<br>après intervention des régimes obligatoires et complémentaires | | 82 €/ jour à compter du 4ème jour jusqu'au 1095ème jour dans la limite de la perte pécunière réellement subie |
| FRAIS D'OBSEQUES | | 3 500 € par victime |
| **FRAIS MEDICAUX** | | **MONTANTS *** |
| Frais de soins de santé | | 200% du tarif de convention SS |
| Forfait journalier hospitalier | | frais réels |
| Frais de prothèses dentaires (par dent) | | 250 € |
| Frais de premier appareil orthodontique | | 650 € |
| Bris de lunettes ou de lentilles | | 400 € |
| Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuil roulant) | | 200 € |
| Prothèses auditives | | 650 € |
| **FRAIS DIVERS** | | **MONTANTS** |
| Frais de premier transport | | frais réels |
| Frais de transport pour se rendre aux soins médicaux prescrits | | frais réels |
| Frais de reconversion professionnelle | | 8 000 € |
| Frais de remise à niveau scolaire | | 35 €/ jour - max 3 150 €- franchise 30 jours |

** dans la limite des frais réels après intervention des régimes obligatoires et complémentaires*

➢ PRESTATIONS D'ASSISTANCE : Police EUROP ASSISTANCE n°58.662.532 (voir détail des prestations offertes ci-contre)

## GARANTIES COMPLEMENTAIRES

***Compte tenu de votre situation personnelle les garanties de la police de base peuvent vous paraître insuffisantes. Il vous est donné la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires en renvoyant le bulletin de souscription ci-contre.***

| GARANTIES | OPTION A | OPTION B | OPTION C | OPTION D | OPTION E | OPTION F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DECES | 20 000,00 € | 35 000,00 € | 50 000,00 € | 75 000,00 € | 100 000,00 € | 125 000,00 € |
| INVALIDITE PERMANENTE * | 20 000,00 € | 35 000,00 € | 50 000,00 € | 75 000,00 € | 100 000,00 € | 125 000,00 € |
| INDEMNITES JOURNALIERES **<br>(en cas d'incapacité temporaire totale)<br>IJ versée à compter du 4ème jour d'incapacité temporaire totale de travail et ce jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours dans la limite de la perte pécuniaire réellement subie | 16,00 € | 20,00 € | 25,00 € | 30,00 € | 35,00 € | 50,00 € |
| **COTISATION TTC par adhérent avec IJ** | **16,00 €** | **23,00 €** | **30,00 €** | **40,00 €** | **45,00 €** | **50,00 €** |
| **COTISATION TTC par adhérent sans IJ** | **3,00 €** | **5,00 €** | **8,00 €** | **10,00 €** | **12,00 €** | **14,00 €** |

** réductible en fonction du taux d'IPP*
*** uniquement pour les personnes de plus de 16 ans exerçant une activité professionnelle rémunérée régulièrement*

NB : toute demande supérieure peut faire l'objet d'une tarification spécifique

*PARTIE A CONSERVER PAR LE LICENCIE*

## GARANTIES INCLUSES DANS LA LICENCE DELIVREE PAR LA LIGUE – suite

➢ PRESTATIONS D'ASSISTANCE – Police n°58.662.532 – Garanties souscrites auprès d'EUROP ASSISTANCE

| ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS DE MALADIE OU DE BLESSURE | MONTANT DE GARANTIE |
|---|---|
| Contact médical | Mise en relation avec un médecin |
| Transport/Rapatriement | Frais réels |
| Retour des membres de la famille ou d'un accompagnant bénéficiaire | Transport * |
| Présence hospitalisation (>5 nuits) | 125 €/ nuit x 5 nuits + transport * |
| Avance des frais d'hospitalisation à l'étranger | 35 000 € |
| Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger | 35 000 € |
| Remboursement des soins d'urgence dentaires | 160 € |
| **ASSITANCE EN CAS DE DECES** | **MONTANT DE GARANTIE** |
| Transport en cas de décès du bénéficiaire et des membres de sa famille | Frais réels |
| Prise en charge des frais de cercueil | 2 300 € |
| Retour anticipé en cas de décès d'un membre de votre famille | Transport * Aller et Retour |
| Accompagnement du défunt (formalités décès) | Transport * Aller et Retour |
| **ASSISTANCE VOYAGE** | **MONTANT DE GARANTIE** |
| Transmission de messages urgents | Frais réels |
| Assistance en cas de modification de voyage | Frais réels |
| Envoi de médicaments | Frais d'expédition |
| Assistance vol, perte ou destruction des papiers d'identité | Service téléphonique |
| Avance de fonds (en cas de vol, perte de moyens de paiement) | 2 300 € |
| Informations voyage | Service téléphonique et site Internet |
| Informations santé | Service téléphonique et site Internet |
| Frais de recherche et de secours en mer et en montagne | 15 000 € |
| Avance caution pénale (en cas d'accident de la circulation à l'étranger) | 30 500 € |
| Avance et prise en charge des honoraires d'avocat | 7 700 € |
| Retour en cas de sinistre au domicile | Transport * |

** en train 1ère classe ou en avion de ligne classe économique*

En cas de besoin d'assistance vous devez joindre sans attendre EUROP ASSISTANCE aux n°suivants :
**Depuis la France** - Tel : 01.41.85.85.85 / Fax : 01.41.85.85.71 **Depuis l'étranger** - Tel : 33.1.41.85.85.85 / Fax : 33.1.41.85.85.71
**E mail** : service-medical@europ-assistance.fr
Attention : Avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense, obtenir l'accord préalable de l'assisteur et se conformer aux solutions préconisées.
En cas de prise en charge de frais médicaux, fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

## PIECES A FOURNIR EN CAS D'ACCIDENT DANS UN DELAI MAXIMUM DE 5 JOURS APRES L'ACCIDENT (PAR L'INTERMEDIAIRE DE VOTRE CLUB)

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

**Si frais médicaux restés à votre charge, après intervention du régime obligatoire et complémentaire**
- *Si pas de mutuelle : originaux des bordereaux de la Sécurité Sociale*
- *Si Mutuelle : originaux des bordereaux de la 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 2 derniers bulletins de paie précédents l'accident.*
- *Copie du (ou des) bulletin (s) de paie sur le(s)quel(s) le salaire a été retenu*
- *Originaux des bordereaux du versement des indemnités journalières du régime obligatoire et éventuellement des régimes de prévoyance.*

***Le présent document n'engage pas la responsabilité de GENERALI et EUROP ASSISTANCE au-delà des limites des contrats pré cités***

**Pour nous contacter** : **CABINET ASCORA – GUILLERMIN – 149 AVENUE ACHILLE PERETTI – 92522 NEUILLY CEDEX**
**n.pachot@ascora.com - Nathalie PACHOT**
**Tel : 01.55.62.11.15 Fax : 01.55.62.11.39**

## BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

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

Adresse : .....

Club : .....

Je joins un chèque de ..... €

Date et signature du licencié :

CABINET ASCORA – GUILLERMIN
149 avenue Achille Peretti
92522 NEUILLY CEDEX

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