



## FORMULAIRE DE PRISE DE LICENCE 2014/2015

1

Le formulaire de prise de licence FFBaD 2014-2015 est le document indispensable :

- ! pour s'inscrire dans un club de badminton affilié à la FFBaD,
- ! pour recevoir votre licence de badminton 2014-2015.

**Cette année, le document est interactif.**

**Il est donc préférable de le diffuser électroniquement plutôt que de l'imprimer.**

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,
- Remplissez en lettres capitales les deux exemplaires du formulaire (page 2),
- Signez les deux exemplaires,
- Imprimez et remettez ou transmettez électroniquement votre demande de licence 2014/2015 à votre club,
- Conservez un exemplaire pour vous.

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

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



Pour toute question relative à l'assurance fédérale Allianz  
Rendez-vous sur la page internet : [www.allianz.fr/degroised](http://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](mailto: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](mailto:ffbad@ffbad.org)  
[www.ffbad.org](http://www.ffbad.org)

**Informations utiles :**

Informations sur le dopage : [www.dopage.com](http://www.dopage.com)  
Numéro d'écoute dopage : 0 800 15 2000



## DEMANDE DE LICENCE 2014/2015

2

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

**RENOUVELLEMENT LICENCE N° (8 chiffres)** ..... **NOUVELLE LICENCE**

**CLUB** .....

**LIGUE** ..... **DÉPT** .....

**CIVILITÉ** ..... **NOM** ..... **PRÉNOM** .....

**SEXE** : FÉM.  MASC.  **INÉ(E) LE** ..... **NATIONALITÉ** .....

**ADRESSE** .....

**CODE POSTAL** ..... **VILLE** ..... **PAYS** .....

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

**E-MAIL** .....

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 saison 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.

**DROIT A L'IMAGE** : Lors de manifestations organisées par la FFBAD, une ligue, un comité et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens vidéo dans le cadre des activités de la FFBAD et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise la FFBAD à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion de la FFBAD et du badminton à titre gratuit pour une durée de 70 ans et vaut pour le monde entier.

**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.

**Le** ...../...../.....

**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”

**JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

**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 détecter 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(E)** : M. , MME , Mlle , **INOM** .....

**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.

**INOM DE L'ENFANT** ..... **PRÉNOM** .....

**LE** ...../...../.....

**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](mailto:cnil@ffbad.org)



## NIVEAU DE GARANTIES DE L'ASSURANCE ALLIANZ

3

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

Garantie	Montant	Franchise
<b>Responsabilité civile*</b>		
<input type="radio"/> Dommages corporels	5 344 000 €	NC
<input type="radio"/> 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="radio"/> Dommage résultant d'un défaut de conseil (art. 38 de la Loi n°84.610 du 16/07/1984)	300 000 €	NC
<b>Défense-Recours</b>		
<input type="radio"/> Frais de justice y compris honoraires d'avocats	23 000 €	NC
<input type="radio"/> 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
<b>Assistance aux personnes- Mondial Assistance</b>	
<input type="radio"/> Rapatriement ou transport sanitaire	Intégralité des frais garantis
<input type="radio"/> Avance sur dépenses de santé engagées par l'assuré à l'étranger en cas d'hospitalisation	3 800 €
<input type="radio"/> Nous n'intervenons pas pour les avances inférieures à	80 €
<input type="radio"/> Transport du corps de l'assuré décédé et frais annexes	Intégralité des frais garantis
<input type="radio"/> Transport d'une personne autre que la victime	Billet SNCF 1 <sup>ère</sup> classe ou avion classe tourisme
<input type="radio"/> Frais de séjour à l'hôtel d'une personne autre que la victime	310 € par sinistre sans pouvoir dépasser 31 € par nuit
<input type="radio"/> 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="radio"/> Capital Décès	12 200 €	9 900 €	16 500 €
<input type="radio"/> Capital Invalidité Permanente Totale	24 400 €	19 800 €	33 000 €
<input type="radio"/> Limitation des dépassements d'honoraires des médecins	250 €		
<input type="radio"/> Frais de traitement à concurrence de	1 524 €		
y compris frais de lunetterie	jusqu'à 350 €		
y compris prothèse dentaire	jusqu'à 350 € par dent avec un maximum de 600 €		
<input type="radio"/> 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 2014/2015

4

**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 <sup>(1)</sup>	Option 1	Option 2	Option 3
<input type="radio"/> Indemnités Journalières <sup>(2)</sup>	0	30,49 €	45,74 €
<input type="radio"/> Capital Invalidité Permanente Totale	60 980 €	45 735 €	60 980 €
<input type="radio"/> Capital Décès	45 735 €	30 490 €	45 735 €
<input type="radio"/> 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 .....