

# DEMANDE DE LICENCE 2020/2021

Feuille de renseignements à conserver par le club



NOM DU CLUB : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NATIONALITÉ : ..... NE(E) LE : ..... / ..... / ..... SEXE :  FEM.  MASC.

ADRESSE : .....

VILLE : ..... CODE POSTAL : ..... TELEPHONE : .....

E-MAIL : ..... PROFESSION : .....

TYPE DE LICENCE (*important*) :

COMPETITION :  LOISIR :  DECOUVERTE :  ENTREPRISE :

JOUEUR HANDISPORT :  OUI  NON

Nouvelle licence (*pas de licence depuis la saison 2007/2008 inclus*)

Renouvellement

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

Ancien licencié (*au moins une licence depuis la saison 2007/2008 inclus*)

Licence Loisir vers licence Compétition

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

Mutation

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

CATEGORIE DU LICENCIÉ :  HOMME  FEMME

SENIORS (né du 01/01/1971 au 31/12/2002)

ESPOIRS (né en 2003 et après)

VÉTÉRANS (né en 1970 et avant)

## MONTANT DES LICENCES A VERSER AU CLUB

LICENCE COMPETITION :

Senior, Vétéran : €      Espoir : €      Handisport : €

LICENCE LOISIR :

Senior, Vétéran : €      Espoir : €      Handisport : €

LICENCE DECOUVERTE : €

LICENCE ENTREPRISE : €

LE SOUSSIGNE DECLARE avoir pris connaissance des garanties et des informations relatives à l'assurance « individuelle » proposée par la Fédération Française de Football de Table.

SIGNATURE DU LICENCIÉ LE ..... / ..... / 20 .....

SIGNATURE DU PRESIDENT

Sur présentation du certificat médical du demandeur

**A joindre avec ce document :** 1 certificat médical, 1 photo pour les nouveaux licenciés au format informatique, chèque correspondant à l'adhésion au club (cotisation fédérale + cotisation club + cotisation assurance facultative).

Depuis la saison 2004/2005, chaque joueur dispose d'un numéro de licence à vie, si vous perdez votre licence un duplicata vous sera fait par la FFFT et vous sera facturé 3€

# BULLETIN D'ADHESION ASSURANCE INDIVIDUELLE 2020/2021

La F.F.F.T. vous propose le contrat de SMACL Assurances, Cette assurance proposée aux licenciés de la F.F.F.T. comprend deux couvertures :

## RESPONSABILITE CIVILE

Garanties responsabilité civile	Montants Par sinistre (non indexés)	Franchises
Tous dommages confondus dont :	8 000 000 euros par sinistre	Néant
- Dommages matériels et immatériels non consécutifs	3 000 000 euros	150 euros
- Dommages immatériels non consécutif	100 000 euros	Néant
Atteintes accidentelles à l'environnement	1 500 000 euros	Néant
Défense pénale / Recours	30 000 euros	SMACL Assurances ne peut être tenue d'effectuer un recours judiciaire que si le préjudice subi par son assuré est supérieur à 500 euros

## INDEMNISATION DES ACCIDENTS CORPORELS

	Option 1	Option 2	Option 3
Décès	5 000 euros	10 000 euros	10 000 euros
Invalidité	20 000 euros	40 000 euros	40 000 euros
Indemnités journalières	Néant	Néant	30 euros / jour

### FRAIS DE SOINS

- Frais de remplacement ou de réparation des appareils prothétiques ou orthopédiques existants, détériorés accidentellement : 400 €
- Frais de prothèse dentaire : à concurrence de 400 € par dent avec un maximum de 1 000 €
- Frais d'optique : 200 €
- Frais de transport et de rapatriement du blessé par ambulance : 600 €
- Frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable : 300 €

SMACL Assurances ne procédera à aucun versement d'indemnité dont le montant serait inférieur à 15 €

**ASSISTANCE AUX PERSONNES :** Assistance rapatriement, transport sanitaire, transport d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation à l'étranger ... La garantie est délivrée par SMACL Assistance.

Coût assurance 1°) et 2°)	3 euros / an	5 euros / an	10 euros / an
---------------------------	--------------	--------------	---------------

Bulletin d'adhésion à retourner à : SMACL – 141, avenue Salvador-Allende – 79031 NIORT Cedex 9

Je soussigné, Nom : ..... Prénom : ....., licencié au club : .....

Adresse : .....

Email : ..... Téléphone : .....

**Déclare choisir** (joindre un chèque libellé à l'ordre de SMACL Assurances) :

l'option 1 → 3 euros /an

l'option 2 → 5 euros /an

l'option 3 → 10 euros /an

**Refuse d'adhérer au présent contrat**

**Attention :** Seules les demandes d'adhésion dûment complétées, datées, signées et accompagnées du règlement seront prises en compte par l'assureur.

FAIT A ....., LE .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Pour les mineur(e)s : signature du représentant légal