



**A remplir intégralement**  
En cas de première demande, fournir une photo d'identité  
et un certificat médical (uniquement pour les majeurs)

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

**IDENTITÉ**

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

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

**CATÉGORIE**

Demande une licence de type (cocher une seule case) :  
Animateur  Educateur Fédéral  Technique Régional  Technique National

**FONCTION**

Entraîneur principal  Entraîneur adjoint  Préparateur physique  Entraîneur des gardiens   
Autre  préciser : .....  
Rattaché à l'équipe (niveau et catégorie) : .....

**Si un CONTRAT DE TRAVAIL est conclu**

*Les Animateurs et Educateurs Fédéraux ne sont pas concernés*

A durée indéterminée (CDI) prenant effet le : ..... / ..... / .....  
 A durée déterminée (CDD) du ..... / ..... / .....  
 Contrat aidé (durée limitée) au ..... / ..... / .....

Salaire mensuel brut : ..... € pour ..... H / semaine

Pour les CDD, le temps de travail par semaine et le salaire doivent respecter les dispositions du Statut des Educateurs et Entraîneurs du Football Fédéral.

Attention : l'enregistrement de ce formulaire vaut accord pour l'enregistrement du contrat et la délivrance de la licence (soumise au respect de la procédure prévue à l'article 17 du Statut des Educateurs et Entraîneurs du Football Fédéral).

**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

**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/4000.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

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 : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :

- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé ([https://www.fff.fr/e/l/gs-li-min\\_2022\\_2023.pdf](https://www.fff.fr/e/l/gs-li-min_2022_2023.pdf)) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

**Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.**

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir :

- Répondu **NON** à toutes les questions ;
- Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; *certificat médical ci-dessous à faire remplir*

**LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé ([https://www.fff.fr/e/l/gs-li\\_2022\\_2023.pdf](https://www.fff.fr/e/l/gs-li_2022_2023.pdf)), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- Répondu **NON** à toutes les questions
- Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; *certificat médical ci-dessous à faire remplir*

*Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous.*

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Présente l'absence de contre-indication médicale  
- à la pratique et l'encadrement du football  
- à l'arbitrage occasionnel.

Date de l'examen : ..... / ..... / ..... (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)  
..... (1)

Signature et cachet (1)(2)

(1) Obligatoire. (2) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Si le demandeur est mineur, son 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 demandeur (ou son représentant légal) et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Demandeur :

Signature

Représentant du club Le ..... / ..... / .....

Signature et nom .....

Représentant légal du demandeur (si mineur) :

Nom, prénom : .....

Signature

Pour tous renseignements, contactez : **MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS)** - 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16  
 ☎ : 01 53 04 86 15 (☎ en cas d'accident : 01 53 04 86 20) / ✉ : [contact@grpmds.com](mailto:contact@grpmds.com)

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel et **n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, MAIF, MUTUELLE DES SPORTIFS, CFDP et LIGUE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE au-delà des limites des contrats visés ci-après.**  
**Il ne saurait en aucun cas se substituer à la notice d'information réglementaire devant vous être remise lors de la prise de votre licence ou de son renouvellement**

**ASSURES :** • Pour l'ensemble des garanties : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous. Les pratiquants occasionnels non licenciés. • Au seul titre de l'assurance Responsabilité Civile : Les membres de la famille des licenciés et les invités participant aux activités extra sportives à caractère privé et exercées à titre récréatif visées ci-dessous. Les parents ou personnes civilement responsables du fait de licenciés mineurs.

**ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) :**  
 • Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal. • Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique. • Activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue. • Stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés. • Manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion : des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur, des manifestations organisées à des fins commerciales / des manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, sauf dans le cadre du Téléthon ou autres actions humanitaires). • Déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

**TERRITORIALITE :** • Garanties acquises : • Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco. • Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.

**1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 4028736T)**

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Bourgogne-Franche-Comté auprès de la MAIF (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 9000 - 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances)  
 Contrat présenté par MDS CONSEIL - 43 rue Scheffer - 75016 PARIS (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00029- APE 6622Z - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 (www.orias.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances

**1. - DEFINITIONS :**

• **Domages corporels :** toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique. • **Domages matériels :** toute détérioration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substance, toute atteinte physique à des animaux. • **Domages immatériels :** tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice. • **Domages immatériels consécutifs :** tout dommage immatériel tel que défini ci-dessus et consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti. • **Domages immatériels non consécutifs :** Tout dommage immatériel qui ne résulte pas d'un dommage corporel ou matériel. Tout dommage immatériel consécutif à un dommage corporel ou matériel non garanti par le présent contrat. • **Franchise :** Part du dommage indemnisable restant dans tous les cas à la charge de l'assuré et déduite de tout règlement de sinistre. • **Sinistre :** Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique. • **Réclamation :** Mise en cause de la responsabilité de l'assuré, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes. • **Tiers :** Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage. Les différents assurés sont tous tiers entre eux.

**2. - EXCLUSIONS :**

• Les dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Les conséquences pécuniaires des dommages résultant de la guerre étrangère, de la guerre civile, d'émeutes, mouvements populaires, attentats et actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée. • Les amendes quelle qu'en soit la nature, les astreintes, les clauses pénales. • Les sinistres consécutifs à l'état alcoolique de l'assuré. • Les dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien. • Les dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes : sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 10 mètres, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes. • Les dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux. • Les dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale, par exemple l'utilisation de véhicules terrestres à moteur et leur remorque, les actes de chasse ou de destruction d'animaux malaisants ou nuisibles, les activités d'agence de voyages. • Les conséquences pécuniaires des dommages résultant d'atteintes à l'environnement non accidentelles.

**3. - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES :** Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au « tableau des limites de garanties et de franchise » ci-dessous.

GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE	MONTANTS (€)	FRANCHISES
• Dommages corporels	20 000 000 € par sinistre	Néant
• Dommages matériels et immatériels consécutifs	10 000 000 € par sinistre	Néant
DEFENSE	300 000 €	
RECOURS / PROTECTION JURIDIQUE	Sans limitation de somme	Seuil d'intervention en recours judiciaire : 200 €

(\*) La garantie est toutefois limitée à 20.000.000 € par sinistre tous dommages confondus

**2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A22)**

Rappel : Ce résumé ne saurait en aucun cas se substituer à la notice d'information réglementaire devant vous être remise lors de la prise de votre licence ou de son renouvellement

Accord collectif n° 980A22 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS) (2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° 422 801 910

**Cotisation due au titre des garanties de base définies ci-après**

Masculins Vétérans & Seniors - Senior Féminines - U20 & U20F	3,90 €	U17 à U19 - U17F à U19F	2,40 €	Dirigeants - Animateur/Educateur Fédéral	1,90 €	U10 à U13 - U10F à U13F	1,30 €
Moniteurs - Arbitres	3,90 €	Foot Loisirs - Futsal - Foot Entreprise	2,40 €	U14 à U16 - U14F à U16F	1,90 €	U6 à U9 - U6F à U9F	1,13 €

**1. - DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré**

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours soit en ligne sur le site Internet <https://lbf.fff.fr>, soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à la M.D.S. Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un NUMERO VERT (0.800.857.857) utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre, cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire. Si l'assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

**2. - PRESCRIPTION**

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. // Toutefois, ce délai ne court : 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ; 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

**3. - DEFINITIONS**

**Accident :** Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute mort subite est assimilée à un accident.  
**Invalidité Permanente Totale ou Partielle :** Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles. Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical (barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquentiels utilisés en droit commun) qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.).  
**Principe indemnitaire :** Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.  
**Enfants à charge :** Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré, ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

✂ Découper suivant le pointillé .....

**OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT LIGUE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)**

Soucieuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Bourgogne-Franche-Comté de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs un contrat de prévoyance « SPORTMUT FOOT » qui permet de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence, de garanties complémentaires (Invalidité Permanente, Décès, Indemnités Journalières). Le licencié désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue (ou la demande figurant au verso du présent document) et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

Exemples d'options (cocher l'option choisie)	Décès	Invalidité	IJ (à compter du 4 <sup>ème</sup> jour, pendant au plus 1095 jours) (3)	Cotisation annuelle Joueur, Educateur Fédéral, Animateur, Moniteur & Entraîneur	Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants
(1) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	N° 1		30 500 € (1)	3 € TTC	
	N° 2	15 250 € (2)	30 500 € (2)	5 € TTC	5 € TTC
	N° 3	30 500 €	61 000 €	9 € TTC	9 € TTC
(2*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans	N° 4	30 500 €	61 000 €	16 € / Jour	17 € TTC
	N° 5	45 750 €	91 500 €	14 € TTC	14 € TTC
(3) Dans la limite de la perte réelle de revenus	N° 6	45 750 €	91 500 €	22 € / Jour	23 € TTC
	N° 7	76 250 €	152 500 €	39 € / Jour	43 € TTC
	N° 8			31 € / Jour	51 € TTC

4. - **GARANTIES :** (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

<b>INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)</b>	<p><b>1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 65%) (3)</b></p> <p>Avant la consolidation, lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%)</p> <p>A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé.</p> <p>(3) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information)</p>
<b>INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT</b>	<b>92 000 € pour 100% d'invalidité</b> (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information) (franchise relative 4%) (3)
<b>DECES (2)</b>	<b>27.500 € (31.000 € si majeur et marié) // // (+ 15% par enfant à charge) (2)</b>


<b>Frais de soins de santé (1) Forfait journalier hospitalier</b>	300 % base de remboursement SS Frais réels	<b>Frais de prothèses dentaires Appareil orthodontique Bris de lunettes ou de lentilles</b>	500 € /dent 700 € 500 €	<b>Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...) Prothèses auditives</b>	500 € 500 €
---	---	---	-------------------------------	--	----------------

<b>BONUS SANTE 2 000 € par accident</b>	
<p>Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un BONUS SANTE disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstruit en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :</p> <p>• Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale • Lunettes et lentilles • Prothèses dentaires • En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / si le blessé est mineur, coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturés par l'hôpital et des frais de trajet • Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles • Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien. • Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien</p>	

<b>Frais de 1<sup>er</sup> transport + transport aux soins prescrits</b>	Frais réels	<b>Frais de remise à niveau scolaire</b>	40 €/jour de soutien (maximum : 2.800 €) / franchise 15 jours
<b>Frais de reconversion professionnelle</b>	7 630 €	<b>Redoublement de l'année d'études</b>	7 630 €
<b>Indemnité Hospitalisation « Arbitres »</b>	20 €/jour (pendant l'hospitalisation)	<b>Indemnités Journalières « Arbitres » et « Sélections »</b>	20 €/j. (maxi 3 ans) / franchise 3 jours (sans franchise si hospitalisation)

- (1) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.
- (2) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.
- (3) Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration du taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.
- En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

5. - **EXCLUSIONS :** • La pratique professionnelle de toutes activités sportives • Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès • Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide • Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active • Les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense • Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré • Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré


**RECLAMATIONS :** En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Reclamations de la M.D.S. :  
Tel : 01.53.04.86.30 - Mail : [Reclamations@grpmds.com](mailto:Reclamations@grpmds.com) -  Mutuelle des Sportifs - Service Reclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

**3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n° 4028736T souscrit auprès de la MAIF)**

**MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24**  
**Au 05 49 34 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au +33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger**

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Poursuite du voyage (état ne nécessitant pas un retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés en France	Prise en charge sous forme d'avance et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place, à hauteur de 4.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (ou à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place, à hauteur de 30.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (ou expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnement d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant habilité
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre majeur concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

**4 / PROTECTION JURIDIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCES DANS LE SPORT ( Contrat n° 06ODC228559/011) souscrit auprès de CFDP)**  
Assistance psychologique, Assistance Juridique téléphonique, Garantie pénale, destinées aux victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques  
Ligne dédiée : 05 55 32 70 27 - Service accessible de 9H à 18H, du lundi au vendredi (sauf jours fériés) - Mail : [mdspi@cdfp.fr](mailto:mdspi@cdfp.fr)

 Découper suivant le pointillé .....  
**DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagné du règlement.**

Assuré : M.  Mme.  Mlle.  (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de Jeune Fille : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession (nature exacte) : \_\_\_\_\_

Club d'appartenance : \_\_\_\_\_ N° d'affiliation du club à la Ligue : \_\_\_\_\_

Je déclare être licencié en tant que :  Joueur  Educateur Fédéral / Animateur / Moniteur / Entraîneur  Arbitre  Dirigeant non pratiquant **OPTION CHOISIE : N° .....**

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :  
 Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S. Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)