

SHARKS DE VALENCE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

SAISON 2008-09

Nom : Prénom :

Membre(s) parrain(s) :

Date de naissance : à (Dep :)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance : à (Dep :)

Profession :

Société/Établissement :

Téléphone portable (du joueur) :

Autre Téléphone :

Email (du joueur) :

Adresse MSN (du joueur) :

Si tu ne souhaites pas que tes coordonnées (N° tel + Email) soient communiquées aux autres membres du club, coche la case

Taille : Poids :

Sports précédents :

Liste des pièces à fournir

- 1 photo d'identité
- Certificat médical d'aptitude au Football Américain
- Formulaire Sportmut rempli et signé
- Chèque de règlement de la licence (paiement possible en plusieurs fois)

Pour les joueurs nés en 1989, 1990 ou 1992 :

à fournir en plus pour le surclassement :

- Photocopie de la pièce d'identité recto-verso
- Autorisation parentale sur papier libre « à jouer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur ».
- Formulaire de licence Football Américain rempli par un Médecin du sport

Autorisation parentale

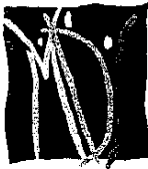
Je soussigné Mr, Mme, Mlle

autorise mon fils à participer

aux activités organisées par le club des Sharks pour la saison 2008-09.

Fait à le

Signature



DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Assuré : M. Mme Mlle

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____

Profession (nature exacte) : _____ Téléphone : _____

Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique du football américain en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 65^{ème} anniversaire

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, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : _____

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € TTC
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : _____					_____ €
					Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

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 la loi du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULE + 65 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

	Capital Décès	Capital Invalidité (100 % IPP)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale		
FORMULES	A 1	15 244,90 €		1,27 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 ^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 ^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.	
	A 2*	15 244,90 €	30 489,80 €	5,78 €		
	A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour		20,17 €
	A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour		24,68 €
	B 1	30 489,80 €				2,56 €
	B 2	30 489,80 €	60 979,61 €			11,56 €
	B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour		40,34 €
	B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour		49,36 €
	C 1	45 734,71 €				3,80 €
	C 2	45 734,71 €	91 469,41 €			17,33 €
	C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour		60,51 €
	C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour		74,04 €
	D 1	60 979,61 €				5,06 €
	D 2	60 979,61 €	121 959,21 €			23,11 €
	D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour		80,68 €
	D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour		98,73 €
E 1	76 224,51 €			6,33 €		
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		28,89 €		
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	100,85 €		
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	123,41 €		

(*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.