



PARTIE À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT EN MAJUSCULES

Nom de l'événement :
Lieu..... Date :
Nom de l'organisateur :

PARTIE À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE DEMANDEUR

Monsieur Madame

Nom d'usage : Nom de naissance (si différent) :

Prénom : Adresse :

Code postal : Ville : Email :

Date de naissance : / / Ville de naissance : Pays de naissance :

Nationalité : Téléphone :

J'autorise la FFHM à m'envoyer, par courriel, des communications officielles notamment à des fins associatives ou commerciales.

COÛT DU PASS HALTER : 10€

ASSURANCES

Je reconnais avoir pris connaissance (son représentant légal si mineur), dans le document joint à la présente demande, par l'organisateur de l'événement :

- des garanties « Responsabilité civile, Individuelle Accident et Assistance » dont je bénéficie par le biais de mon Pass Halter' et de leur coût,
- de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance » 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.

Garantie de base « Individuelle Accident » et « Assistance » (Cocher la case ci-dessous pour y renoncer)

Je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance », et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Coût remboursé en cas de refus : 0,35€ TTC).

CERTIFICAT MEDICAL

1/ Si vous êtes majeur, vous n'avez pas besoin de fournir un certificat médical à condition de répondre au questionnaire de santé joint à ce document.

2/ Si vous êtes mineur, vous n'avez pas besoin de fournir un certificat médical à condition de répondre au questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur joint à ce document.

Par la présente, je confirme avoir répondu :

NON à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de certificat médical)

OUI à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez fournir un certificat médical)

LE DEMANDEUR OU LE RESPONSABLE LÉGAL SI LE DEMANDEUR EST MINEUR

ATTESTE :

- si vous êtes majeur, avoir fourni un certificat médical ou questionnaire de santé relatif au sportif majeur et présenté sa carte d'identité à l'organisateur de l'événement,
- si vous êtes mineur, avoir fourni un certificat médical ou questionnaire de santé relatif au sportif mineur et présenté sa carte d'identité à l'organisateur de l'événement,
- ne pas être sous le coup d'une sanction pour motif disciplinaire ou de dopage prononcée par la FFHM ou par l'AFLD,
- avoir pris connaissance des conditions de délivrance et de participation du Pass Halter',
- reconnaître avoir pris connaissance des garanties d'assurances liées au Pass Halter' et certifier sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements mentionnés ci-dessus et s'engage à respecter le code mondial antidopage et sa procédure.

À le / /

Signature :

IMPORTANT : N'oubliez pas de signer l'autorisation parentale en application de l'article R. 232-52 du code du sport, disponible au sein de la structure organisatrice, auprès du responsable de l'événement ou sur www.ffhaltero.fr

Article R. 232-52 du code du sport : Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances liées au Pass Halter' ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par l'organisateur lors de la demande. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs.

LE PRÉSIDENT DE LA STRUCTURE ORGANISATRICE OU LE RESPONSABLE DE L'ÉVÉNEMENT'

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

'En signant ce document, le président de la structure organisatrice ou le responsable de l'événement, atteste avoir en sa possession le questionnaire santé relatif au majeur ou le questionnaire de santé relatif au mineur et seulement en cas de non-satisfaction des questionnaires, le certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

| I. RESPONSABILITE CIVILE (Contrat N° 147.325.567) | | |
|--|--------------------------|-----------|
| Nature des garanties | Montant des garanties | Franchise |
| Responsabilité Civile avant-livraison | | |
| Tous dommages confondus | 8 000 000 EUR(1) | |
| Dont : | | |
| • Dommages corporels et immatériel consécutifs | 8 000 000 EUR(2) | |
| - Limité en cas de faute inexcusable | 3 500 000 EUR(1) | |
| • Dommages matériels et immatériel consécutifs | 1 500 000 EUR | 200 EUR |
| • Dommages matériels vols : | | |
| - Suite à vol des préposés | 30 000 EUR | 200 EUR |
| - Suite à RC dépositaire (vestiaires) | 5 000 EUR | 200 EUR |
| • Dommages matériels subis par les biens meubles ou immeubles confiés, loués ou empruntés | | |
| - Biens meubles | 150 000 EUR | 200 EUR |
| - Biens Immeubles | 1 500 000 EUR | 200 EUR |
| Atteintes à l'environnement accidentelles | 1 000 000 EUR (1) | |
| Responsabilité Civile médicale | 8 000 000 EUR | 1 500 EUR |
| | 10 000 000 EUR PAR ANNEE | |
| RC de l'Etat et dommages causés au personnel | | |
| - Dommages corporels | 8 000 000 EUR | |
| - Dommages matériels | 1 000 000 EUR | |
| - Dommages causés au matériel | 1 000 000 EUR | |
| Dommages Immatériels Non Consécutifs | 150 000 EUR | 1 500 EUR |
| Responsabilité Civile après-livraison / Responsabilité Professionnelle | | |
| Tous dommages confondus | 2 000 000 EUR(1) | |
| Dont : | | |
| • Dommages matériels et immatériel confondus | 2 000 000 EUR(1) | 400 EUR |
| • Dommages matériels et immatériel non consécutifs | 150 000 EUR(1) | 1 500 EUR |
| Assurance recours et défense pénale suite à Accident | 30 500 EUR | |
| <small>(1) Ce montant constitue un maximum pour l'ensemble des sinistres d'une même année d'assurance. (2) Les dommages corporels résultant de l'utilisation ou du déplacement d'un véhicule terrestre à moteur sont garantis sans limitation.</small> | | |

| III. ASSISTANCE (Contrat N° 147.325.567 - Code 100.513) | |
|---|--------------------------------------|
| Frais de transport de l'assuré blessé ou malade | Frais réels |
| Soins médicaux à l'étranger y compris envoi de médicaments et soins dentaires | 30 500 € (franchise de 80€) |
| Prolongation de séjour avant rapatriement | Frais réels |
| -frais d'hôtel | 80 € / nuit x 10 nuits |
| -frais de transport retour | |
| Présence hospitalisation (> 5 nuits) | 80 € / nuit x 10 nuits + Transport |
| Transport d'un membre de la famille | Frais réels |
| -frais d'hôtel | Frais d'hôtel 80 € / jour x 10 nuits |
| Rapatriement ou transport sanitaire | Frais réels |
| Retour prématuré | Frais réels |
| Retour des autres personnes | Frais réels |
| Transport et rapatriement du corps | Frais réels |
| Transmission de messages urgents | Service garanti |
| Aide en cas de perte de documents d'identité | Service garanti |
| Aide en cas d'annulation ou retard d'avion | Service garanti |
| Chauffeur de remplacement | Service garanti |
| Assistance aux enfants et petits enfants | Billet A/R (avion ou train) |
| Avance de fonds | 500 € |
| Assistance juridique à l'étranger | 1 500€ |
| Caution Pénale | 15 000€ |
| Accompagnement psychologique | Service garanti |

| II. INDIVIDUELLE ACCIDENTS (Contrat N° 147.325.567) | | |
|---|--|------------------|
| Nature des garanties | Garantie de Base | Franchise |
| Décès | 25.000 EUR(1) Si l'assuré est âgé de moins de 16 ans le capital est de 8 000 EUR(1) | Néant |
| Invalité permanente | 80.000 EUR(1) x TAUX AIPP | 4% |
| Garantie COMA (dans la limite du capital Décès) | 2 % du capital Décès par semaine de coma, | 14 jours |
| Remboursement de soins | 200 % TC SS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels). | Néant |
| Hospitalisation | Frais hospitaliers + 30EUR/jour dans la limite de 30 jours. | |
| Forfait dentaire | 300 EUR(2) par dent (par sinistre et par an). | Néant |
| Forfait optique | 160 EUR(2) par sinistre et par an. | Néant |
| Prothèse auditive | 800 EUR(2) par appareil, par sinistre et par an. | Néant |
| Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles) | Dans la limite de 1 000 EUR(2) (par sinistre et par an). | Néant |
| Frais de Transport | 300 EUR par sinistre porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère | Néant |
| Frais de remise à niveau scolaire | 1 600 EUR | 15 jours d'arrêt |
| Frais de redoublement de l'année d'études | 1 600 EUR | 2 mois d'arrêt |
| Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle | 1 600 EUR | 35% d'IPP |
| <small>(1) Garantie maximum 1 525 000 euros en cas de sinistre collectif (2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré</small> | | |

| GARANTIES COMPLEMENTAIRES FACULTATIVES (Contrat N° 147.325.578) | | |
|---|--|--|
| Nature des garanties | Option 1 | Option 2 |
| Décès | + 15 000 EUR + 8 000 EUR si <16 ans | + 38 000 EUR + 8 000 EUR si <16 ans |
| Invalité permanente | + 15 000 EUR | + 38 000 EUR |
| Incapacité temporaire (max 360 jours) | 15 EUR / jour (franchise 30 j si hospitalisation 4j) | 30 EUR / jour (franchise 30 j si hospitalisation 4j) |

| RESPONSABILITE CIVILE PERSONNELLE DES DIRIGEANTS (Contrat N° 147.325.567) | | |
|---|---|-----------|
| Nature des garanties | Montant des garanties | Franchise |
| Responsabilité Civile Personnelle des Dirigeants | FFHM et structures délégataires (Liges et Comités) : 1 000 000 € Autres assurés (Associations et clubs affiliés) : 150 000 € | Néant |
| Défense pénale | Y compris frais et honoraires d'enquête, d'instruction, d'expertise, d'avocat et de procès. Compris dans le montant ci-dessus | Néant |

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance, il n'est par conséquent pas contractuel. Des notices d'information sont téléchargeables sur le site internet de la F.F.H.M. <https://www.ffhaltero.fr> Ce document n'engage pas la responsabilité de MMA, Billet GL Assurances et la FFHM au-delà des limites des contrats précités.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES DU LICENCIE

Conformément aux dispositions de l'article L321.6 du Code du Sport, le licencié a la faculté de compléter les garanties d'assurance de base en cas d'accident corporel contenues dans sa licence. A cet effet, l'Assureur et la Fédération, mettent à disposition du licencié les garanties complémentaires et options suivantes sous le numéro de contrat 147.325.578.

| NATURE DES GARANTIES | OPTION 1 | OPTION 2 |
|---|---|---|
| DECES < 16 ANS > 16 ANS | 8 000 € 15 000 € | 8 000 € 38 000 € |
| INVALIDITE PERMANENTE Franchise identique à la garantie de base 4% | 15 000 € | 30 000 € |
| INCAPACITE TEMPORAIRE Versement d'indemnités journalières pendant 360 jours | 15 € / jour (1) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation) | 30 € / jour (1) Franchise 30 jours (4 jours si hospitalisation) |
| COTISATION UNITAIRE TTC PAR LICENCIE (pour une garantie du 1 ^{er} septembre au 31 août, sans réduction au prorata) (tarif en vigueur jusqu'au 31.08.2022) | 15,00 EUR | 25,00 EUR |

COMMENT SOUSCRIRE ?

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, remplissez, datez et signez ce bulletin d'adhésion et renvoyez-le accompagné d'un chèque à l'ordre de :

SARL BILLET GL ASSURANCES, 19 Square Gambon - BP 114 - 58205 COSNE SUR LOIRE CEDEX

Pour toutes informations complémentaires : Contactez SARL BILLET GL ASSURANCES

- Tél. 03 86 28 20 74 / Fax : 03 86 28 29 06
- Email : cabinet.billet@mma.fr

| L'ADHERENT (LE LICENCIE) | | |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| Nom / prénom : | N° DE LICENCE FEDERALE : <i>(joindre obligatoirement une photocopie)</i> | ☎ : ___/___/___/___/___ |
| Adresse : | CP : _____ Ville : | Email : |
| Club de rattachement : | Email du Club : | |
| OPTION CHOISIE | OPTION 1 <input type="radio"/> | OPTION 2 <input type="radio"/> |

PERIODE DE GARANTIE :

- Les garanties prennent effet : à la date de la réception du bulletin et du chèque auprès de l'assureur.
- Les garanties prennent fin au 31 août de chaque année.

L'ensemble des dispositions prévues dans la notice d'assurance du contrat de base dont le licencié déclare avoir reçu et pris connaissance trouve aussi application aux présentes garanties complémentaires.

A réception, l'assureur vous transmettra une attestation par mail (uniquement).

Fait à : _____ Le : _____ Signature : (ou de son représentant légal avec nom et prénom s'il est mineur)

