



STAGE

M.

Administration Fédérale

Nos Réf : BB210503

Bras, le 1<sup>er</sup> Juillet 2021

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de trouver sous ce pli :

.. **formulaire(s)** de demande de couvertures **OCCASIONNELLE** à valider pour la **saison 2021/2022**, ainsi que les bordereaux d'envoi pour ces demandes.

A chaque fin de stage, vous devrez impérativement nous retourner le bordereau récapitulatif avec les couvertures contractées et le règlement correspondant.

Elle est valable pour les personnes non licenciées à la FFAB ou à la FFAAA et **uniquement** pour **un seul** stage. **Les stages concernés sont les stages ouverts à tous mentionnés aux calendriers fédéral, régional et/ou départemental, ainsi que pour les stages privés encadrés par des enseignants licenciés FFAB.**

#### **TARIF DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE : 7 €uros**

- **Certificat médical obligatoire**
- **Validité de la couverture : uniquement pour un seul stage**

Les formulaires non utilisés devront impérativement être retournés au siège fédéral en fin de saison (soit au plus tard le 30 juin 2022).

Toute couverture non réglée dont le formulaire ne serait pas retourné vous sera facturée. Nous vous remercions par avance pour votre coopération.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Le Responsable de la Commission Assurance  
F. LABARDIN



AIKIKAI DE FRANCE  
**FÉDÉRATION**  
**FRANÇAISE**  
 D'AIKIDO ET  
 DE BUDO

Montant de la couverture : 7 euros

**DEMANDE DE COUVERTURE D'ASSURANCE OCCASIONNELLE**

A retourner au siège de la F.F.A.B.

**STAGE : du ..... au .....**

Organisé par la Ligue/CID/Délégation de : .....

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

(Numéro indispensable pour enregistrer la couv.....)

NOM – Prénom : .....

Nom de Jeune fille : .....

Date et Lieu de Naissance : .....

SEXE : M :  F :

ADRESSE : .....

VILLE: ...

TELEPHONE : ..... MAIL : .....

DANS LE CLUB : ..... DOJO : .....

FEDERATION : .....

Date du Certificat Médical en cours de validité : ...../...../.....



J'autorise la fédération à recueillir les informations du formulaire pour la gestion du fichier des licenciés. Elles sont conservées et sont destinées à l'usage de la Fédération, de ses organes territoriaux, du club dans lequel je suis licencié(e) ainsi que les partenaires institutionnels de la Fédération (ex : Ministère des Sports). Conformément à la loi, je peux exercer mon droit d'accès aux données me concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant la Fédération par mail et/ou par courrier en joignant une copie de ma carte d'identité.

Date et Signature du licencié(e)  
 Ou du Représentant Légal

**CONTRAT N°58103727**

**CONTRAT LICENCE DE BASE FFAB - RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT**

**ASSURES**

La FFAB , ses clubs affiliés, les dirigeants statutaires, le président, les adhérents licenciés à la FFAB, les professeurs diplômés d'état, les personnes bénévoles licenciées ou non de l'association , les préposés (extrait chapitre 5 des dispositions générales).

**RESPONSABILITE CIVILE**

**Capitaux garantis**

Tous dommages confondus : 10.000.000€  
par sinistre dont :

- Dommages matériels et immatériels  
consécutifs :

\* 3.100.000€ par sinistre –  
franchise 100 €

Dommages Immatériels non consécutifs ou  
purs :

\* 800.000€ par sinistre –  
Franchise 800 €

- Dommages en cours d'exploitation  
résultant d'une atteinte à l'environnement  
accidentelle :

Tous dommages confondus :

\*600.000 € par année d'assurance  
franchise : 1.000€

Sans pouvoir dépasser 150.000€ par année  
d'assurance pour les frais de présentation et  
de réparation des dommages  
environnementaux.

Défense Pénale et Recours suite à accident :  
50.000€ par année d'assurance - franchise  
250€

Responsabilité Civile des Mandataires  
Sociaux (chapitre 4 des dispositions  
générales)

**ACTIVITES ASSUREES**

Pratique des disciplines suivantes : Aikido, Budo, Kyudo, Aikitaiso, Sabre et pratique des armes en  
général ainsi que tous les sports affinitaires non compétitifs

**EXCLUSIONS GENERALES**

Demeurent exclus les risques suivants : infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie  
méningée, toutes allergies ainsi que leurs conséquences.

**CERTIFICAT MEDICAL EN COURS DE VALIDITE OBLIGATOIRE  
VALABLE UNIQUEMENT POUR UN SEUL STAGE**

**MONACO VIE ET PLACEMENTS**  
**42 QUAI JEAN CHARLES REY-98000 MC MONACO**  
**Tél : 00 377 97 77 05 06 – Fax : 00 377 97 77 05 07**  
**Email : [mvp@samvp.com](mailto:mvp@samvp.com)**  
**Internet : [www.samvp.com](http://www.samvp.com)**

**INDIVIDUELLE ACCIDENTS**

**Assurés sociaux et non assurés sociaux**

Nous garantissons le paiement des prestations  
forfaitaires en cas d'accident  
corporel dont l'assuré serait victime au cours des  
activités assurées, y compris les  
déplacements.

**Frais médicaux** : jusqu'à concurrence de 7622€ par  
sinistre y compris le bris accidentel de lunettes - Sans  
franchise

Les soins dentaires et prothèses sont limités à 1500 €  
par dent avec un maximum de 3500€ par sinistre

Nous intervenons après remboursement effectué par  
le régime social et la mutuelle

**Licenciés autres que Dirigeants**

Garantie Décès : 15.000€

Incapacité permanente : 45.000€

**Licenciés Dirigeants**

Garantie Décès : 25.000 €

Incapacité permanente : 150.000 €