



HURRICANE

FOOTBALL AMÉRICAIN | FLAG | CHEERLEADING

Le dossier doit obligatoirement être rendu complet afin d'être validé. Tout dossier incomplet ou mal renseigné ne pourra être accepté.

Éléments du dossier d'inscription obligatoires pour tous les licenciés :

- Formulaire Licences FFFA**
- A compléter et signer par le licencié.
- Pour les +18 certificat médical à faire remplir et tamponner par un médecin.
- Pour les mineurs l'annexe 6 bis devra être remplie et s'il y a un oui il faudra faire remplir et tamponner le certificat médical par un médecin.

(!!! Pour les demandes de surclassement, il faut obligatoirement un médecin du sport !).

- Sportmut remplie et signé** (même si vous n'y souscrivez pas).
- Fiche individuelle de renseignement complétée et signée.**
- Photocopie de la carte d'identité** (passeport ou carte de séjour).
- Une photo d'identité récente** (moins de 6 mois).
- Photocopie de la carte vitale** (celle des parents pour les mineurs de moins de 16 ans).
- Photocopie de la carte mutuelle.**
- Prendre connaissance du règlement intérieur de l'association sur le site du club.**

<https://www.hurricane-allbi.com/>

Règlement de la cotisation :

- CHEQUES (en 3 fois maxi)
- ESPECES
- CB
- PASS' SPORT / CHEQUIER COLLEGIEN
- VIREMENT

Les chèques sont à établir à l'ordre suivant : Hurricane

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte

CR NORD MIDI PYRENEES
ALBI MADELEINE
Tel. 0563362965 Fax. 0563362081

Intitulé du compte

Domiciliation

Code banque
11206

Code guichet
20032

Numéro de compte
07865216360

Clé RIB
24

IBAN

Code BIC (Bank Identification code) - code SWIFT

FR76 1120 6200 3207 8652 1636 024
AGRIFRPP812



13/04/2020
00632

ASSOC HURRICANE
LIGNERES
81150 CASTELNAU DE LEVIS

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

Nom :

Prénom :

Né le :

A :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. portable (de l'adhérent) :

Tél. portable (du responsable légal) :

Adresse mail (de l'adhérent) :

Adresse mail (du responsable légal si différente) :

Profession/ Études et établissement :

Professions des parents (réponse non obligatoire) :

Renseignements sportifs :

Catégorie(s) :

(Préciser s'il y a surclassement) :

OUI

NON

Taille :

Poids :

Expérience Foot US (postes et années de pratique) :

Autorisation parentale pour les mineurs :

Je soussigné

, autorise en tant que responsable légal :

-le club des Hurricane et son(ses) responsable(s) à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident, ainsi que de faire transporter mon enfant dans l'établissement hospitalier le plus proche.

-mon enfant à se déplacer dans les véhicules du club ou d'un des responsables du club en vue de se rendre à une manifestation liée aux Hurricane (match, formation, détection, ..).

Je certifie avoir pris connaissance du **Règlement intérieur de l'association affiché dans le local de Ranteil** et m'engage à le respecter.

J'autorise d'être photographié, filmé et d'être publié sur les réseaux sociaux du club à titre gratuit.

Signature du représentant légal si mineur :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du joueur :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

AUTORISATION DE DROIT À L' IMAGE

Je soussigné(e) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. portable :

Adresse mail :

Autorise à titre gratuit, le club Hurricane à :

-reproduire, exposer ou diffuser les photographies ou vidéos réalisées par son bureau et les personnes autorisées par ce dernier, dans le cadre de la promotion de la section et de la pratique du football américain et du flag dans un but non lucratif.

-Publier des images, des montages ou vidéos sur le web via son site internet et ses réseaux sociaux.

Je peux me rétracter à tout moment, sur demande écrite auprès du bureau.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos et/ou vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la section ainsi que ces représentant-e-s ou toutes personnes agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur ou de densité qui pourrait survenir lors de la publication ou de la reproduction.

Cette autorisation est valable un an et renouvelable par tacite reconduction.

N'autorise pas l'utilisation de mon image sur aucun de ses supports.

Je déclare être majeur, ainsi qu' avoir lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à _____ le _____

Signature

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je soussigné(e) :

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club Hurricane consultable dans les locaux du club et sur le site internet, et m'engage, en adhérant à l'association, à le respecter en toutes ses dispositions.

Fait à

le

Signature du représentant légal si mineur :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Signature du joueur :
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

COMMENT REMPLIR LA LICENCE FÉDÉRALE & SPORTMUT



1. Club : HURRICANE



2. Remplissez cette partie du document



3. Signez



4. Partie à faire remplir par votre médecin.

Médecin du sport obligatoire pour les surclassements avec mention «médecin du sport» obligatoire sur le tampon.

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE	COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
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"/>	



1. Remplissez cette partie du document.



2. Cochez l'option choisie



4. Signez



3. Si vous optez pour la mutuelle, faites une croix dans la case correspondante à votre formule (voir le tableau des formules de garanties au verso). Libellé un chèque à l'ordre de "Groupe MDS" du montant de la cotisation.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE


 cerfa
 N°15699*01

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

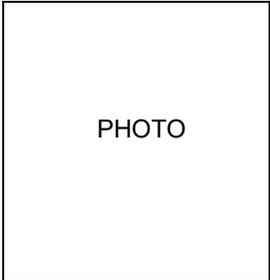
Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024



Club : H U R R I C A N E

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement										Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)	
Numéro de licence :											
CHOIX DE LA LICENCE											
FOOTBALL AMERICAIN				FLAG FOOTBALL				CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U12		12,5		Loisir U7		15,6		Loisir Tiny		12,6	
Compétition U12		22,8		Loisir U9		15,6		Loisir Minimé		12,6	
Loisir U14		12,5		Compétition U9		15,6		Compétition Minimé		17,8	
Compétition U14		22,8		Loisir U11		15,6		Minimé surclassé Cadet		17,8	
U14 surclassé U17		57,7		Compétition U11		15,6		Loisir Cadet		17,8	
Loisir U17		12,5		Loisir U13		15,6		Compétition Cadet		17,8	
Compétition U17		57,7		Compétition U13		15,6		Cadet surclassé Junior		17,8	
U17 surclassé U20		57,7		Loisir U15		15,6		Loisir Junior		17,8	
Loisir U20		32		Compétition U15		15,6		Compétition Junior		17,8	
Compétition U20		57,7		U15 surclassé U17		30,8		Junior surclassé en Senior		30,5	
U20 surclassé Senior		64,2		Loisir U17		15,6		Loisir senior		17,8	
Loisir Senior		32		Compétition U17		30,8		Compétition senior		30,5	
Compétition Senior		64,2		U17 surclassé Senior		30,8		Entraîneur		19,1	
Issu d'un championnat majeur		393,8		Loisir Senior		19,1		Dirigeant		29,4	
Entraîneur		19,1		Compétition Senior		30,8		Juge		29,4	
Dirigeant		19,1		Entraîneur		19,1		Bénévole		5,2	
Arbitre		29,4		Dirigeant		19,1					
Bénévole		5,2		Arbitre		29,4					
				Bénévole		5,2					
Total FA :	€			Total Flag :	€			Total Cheer :	€		
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :										Le : / /	

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'ayant pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que : **Joueur** :

FLAG en tant que : **Joueur** :

CHEERLEADING en tant que : **Joueur** :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les doubles surclassements, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entrainera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administratif@fffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON
OUI NON

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.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins 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.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	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 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins 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.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS



Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.