



## Refus assurance I.A.

Je soussigné(e), Nom : _____ Prénom : _____ licencié(e) ou représentant légal du joueur mineur : (précisez son nom et son prénom) _____ Adresse postale : _____ Adresse électronique : _____ @ _____ Téléphone : ____/____/____/____/____ Club : _____ Nom-prénom du licencié concerné : _____ Numéro de licence : _____
--

**Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements du présent document.**

Je reconnais avoir pris connaissance :

- des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHandball au travers de la notice d'information qui m'a été remise par courrier électronique au moment de la prise de licence
- être informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes et assistance voyage couvrant, notamment, les dommages corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer et de la possibilité de souscrire ce type d'assurance auprès de l'assureur de mon choix
- des différents tarifs de licence appliqués par la FFHandball pour la présente saison sportive.

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie accidents corporels et à l'assistance rapatriement

Fait à \_\_\_\_\_,

Le \_\_\_\_\_

Signature  
(Précédée de « lu et approuvé »)

**Rappel : Ce document de refus ne pourra être pris en compte que s'il est réceptionné à la Ligue régionale dans les 30 jours suivant la validation, par le club, de votre demande de licence.**