



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BILLARD

BORDEREAU DEMANDE DE PASS BILLARD SCOLAIRE *

SAISON 2026/2027

* Le Pass Billard Scolaire n'est pas une licence sportive mais un « titre de participation », il est gratuit.

Club :			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance :		Genre :	masculin ☐ féminin ☐
Nationalité :			
Adresse :			
CP :		Ville :	
Pays :		Tel domicile :	
Tel portable :		Mail :	
Je ne souhaite pas recevoir la newsletter fédérale ☐		(pour une communication plus rapide, veuillez renseigner <u>votre adresse mail</u>)	
Discipline (ne cocher qu'une seule discipline) : ☐ Américain ☐ Blackball ☐ Carambole ☐ Snooker			

LES GARANTIES ACCORDEES AVEC VOTRE PASS

RESPONSABILITE CIVILE

NATURE DES GARANTIES	LIMITES DES GARANTIES	FRANCHISES (par sinistre)
Tous dommages corporels, matériels et immatériels confondus Dont : - Dommages corporels - Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus - Dommages immatériels non consécutifs - Dommages matériels et immatériels consécutifs causés aux biens confiés - Responsabilité Civile Dépositaire	9.000.000 € par année d'assurance 9.000.000 € par année d'assurance 1.200.000 € par année d'assurance 1.000.000 € par année d'assurance 150.000 € par sinistre 50.000 € par sinistre	NEANT 380 € 10% Mini : 400 € Maxi : 2.500 € 10% Mini : 400 € Maxi : 2.500 € 500 €
Autres garanties : Faute inexcusable (dommages corporels) Les risques environnementaux : Atteinte à l'environnement accidentelle tous dommages confondus dont : Le préjudice écologique (y compris les frais de prévention) et responsabilité environnementale	4.000.000 € par année d'assurance 1.000.000 € par année d'assurance 100.000 € par année d'assurance	380 € 400 € 400 €
Responsabilité civile médicale	10.000.000 € par année d'assurance dont 8.000.000 € par sinistre	NEANT
Garantie du personnel et matériels des Services Publics - Dommages corporels - Dommages matériels - Dommages causés au matériel	8.000.000 € par sinistre 1.000.000 € par sinistre 1.000.000 € par sinistre	NEANT NEANT NEANT
Défense	Inclus dans la garantie mise en jeu	Selon la franchise de la garantie mise en jeu
Recours	30.000 € par litige	Seuil d'intervention : 380 €

INDIVIDUELLE ACCIDENT*

GARANTIES DE BASE	MONTANTS DES GARANTIES	FRANCHISE
DÉCÈS ACCIDENTEL	Capital décès : 10.000 € Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital décès : 20.000 €	Néant
INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE À LA SUITE D'ACCIDENT	Capital invalidité : 15.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 15.000 € Pour les Sportifs de Haut Niveau : Capital invalidité : 30.000 € x taux IP Si taux ≥ 66% : Capital invalidité = 30.000 €	Franchise relative à 6% Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%
FRAIS DE SOINS DE SANTÉ EN FRANCE À LA SUITE D'ACCIDENT (1)	Frais réels dans la limite de 2.500 € par accident et par an et dont : - Frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques : 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale - Frais dentaires : Frais réels dans la limite de 300 € par dent et par sinistre et par an (dans la limite de 4 dents) - Frais d'optique : Frais réels dans la limite de 300 € par sinistre et par an - Frais de transport (soit vers le domicile habituel ou soit vers le service hospitalier approprié le plus proche du domicile en France métropolitaine) : Frais réels dans la limite de 300 € par sinistre et par an	Néant

(1) Frais de soins de santé prescrits par un médecin, soumis ou non à remboursement de la Sécurité sociale, nécessités par un accident garanti (après déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et/ou assurances complémentaires de frais de santé lorsque l'intéressé bénéficie des régimes de protection sociale correspondants). Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

[Voir autres dispositions sur le site www.ffbillard.com](http://www.ffbillard.com)

Je choisis d'adhérer au contrat d'assurance collectif Individuelle Accidents n° 22807463104 et déclare avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions et de la cotisation de l'assurance, en accepter les termes par la remise lors de la souscription d'une Notice d'information précontractuelle valant Conditions Générales conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances.

Bénéficiaire en cas de décès durant la période d'indemnisation

☐ Mon conjoint non séparé judiciairement, à défaut, mon partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants vivants ou représentés, à défaut, par parts égales entre eux, mon père et ma mère, ou au survivant d'entre eux, à défaut, mes héritiers.

Pour être bénéficiaire du capital, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

☐ Autres bénéficiaires. Précisez noms, prénoms, dates de naissance :

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances). ATTENTION CETTE MENTION DOIT FIGURER DANS LES FIP ET FDR. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Je soussigné M/Mme certifie exacts les renseignements ci-dessus et m'engage, le cas échéant, à mettre à jour mes coordonnées sur ma fiche depuis le site www.ffbillard.com (accès au logiciel sur la page d'accueil « espace clubs et licenciés »), à l'aide des identifiants figurant sur le fichier de mon « pass scolaire ».

☐ Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre.

Le

**Signature du demandeur « Pass scolaire » ou du représentant légal :
(Nom, Prénom et signature précédés de la mention « Lu et Approuvé »)**

**Signature du représentant légal du club :
(Raison sociale ou tampon + Nom et Prénom et fonction du signataire qui représente le club)**

