

Avis Bris de lunettes

A n'utiliser que pour les dommages aux lunettes et verres de contact !

1. Membre lésé

Nom/prénom _____ Date de naissance _____ Profession _____

Rue _____ NPA/localité _____

Tél. _____ Mobile _____ E-mail _____

Poste / Banque N° IBAN _____

Nom et lieu de la banque _____

Titulaire du compte _____

N° membre _____
☐ gymnastes actifs ☐ hommes ☐ seniors ☐ gymnastes actives ☐ dames ☐ dames seniors
☐ garçons/jeunesse ☐ filles/jeunesse ☐ gymnastique enfantine ☐ parents et enfants ☐ autres

2. Date du sinistre _____

3. Lieu et manifestation _____

4. Engin, jeu, exercice, etc. _____

5. Description détaillée de l'événement _____

6. Nature du dégât ? _____

7. Est-ce-que vous vous êtes blessé ? ☐ oui ☐ non Si oui, traitement médical ? ☐ oui ☐ non

Si oui, nature des blessures _____ Partie du corps _____

8. Deux témoins de l'événement _____

9. Le sinistre a-t-il été annoncé également auprès d'une autre assurance/caisse-maladie ? ☐ oui ☐ non

Si oui, auprès de quelle assurance/caisse-maladie ? _____

Personne de contact du comité directeur

Nom/prénom _____ Rue _____ NPA/localité _____

Tél./Mobile _____ E-mail _____ N° membre _____

Nom de la société _____ Association cant./rég. de la FSG _____

Les signataires déclarent que les données ci-dessus sont exactes dans toutes leurs parties et conformes à la vérité.

Signature membre du comité directeur Date

Signature moniteur/de la monitrice Date

Signature membre lésé Date
(pour les membres mineurs le représentant légal)

A annexer:

- Facture originale de l'opticien pour les frais de réparation ou des lunettes nouvelles
- Preuve d'achat des lunettes endommagées
- Décompte d'une autre assurance/caisse-maladie

A envoyer à: Société coopérative Caisse d'assurance de sport de la FSG, Bahnhofstrasse 38, 5000 Aarau