

## 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 infantine ☐ 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 ☐ oui ☐ non Si oui, traitement médical ? ☐ oui ☐ non  
blessé ? Si oui, nature des blessures \_\_\_\_\_ Partie du corps \_\_\_\_\_

### 8. Témoins de l'événement \_\_\_\_\_

9. Ma caisse-maladie participe aux frais : ☐ oui ☐ non

9.1 J'ai uniquement une assurance de base : ☐ oui ☐ non

9.2 Mon assurance complémentaire participe aux frais : ☐ oui ☐ non

### 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 la réparation des lunettes ou pour les nouvelles lunettes  
- justificatif d'achat des lunettes endommagées  
- décompte ou refus de l'assurance de base ou de l'assurance complémentaire selon pt 9