

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 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