

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/Lieu _____

Tél. privé _____ Tél. prof. _____ E-Mail _____

No compte postal ou compte bancaire _____ No IBAN _____

Nom et lieu de la banque _____ No Clearing bancaire _____

Titulaire du compte _____

No membre _____ gymnastes actifs hommes seniors gymnastes actives dames dames seniors
 J+S jeunes gymnastes pupillettes gymnastique infantine parents et enfants

2. Date du sinistre

3. Lieu/Manifestation

(Halle de gymnastique, emplacement, excursion, cours, fête de gymnastique)

4. Engin, jeu, exercice, etc.

5. Description de l'événement

6. Deux témoins

7. 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 responsable dans la société pour les questions d'assurance

Nom/Prénom _____

Rue _____ NPA/Lieu _____

E-mail _____

Tél. privé _____ Tél. prof. _____

Nome de la société

_____ Association cant/rég. de la FSG _____

Les membres soussignés du Comité et le membre lésé déclarent que les données ci-dessus sont exactes dans toutes leurs parties et conformes à la vérité.

Un membre du Comité _____

Le moniteur/La monitrice _____

Le membre lésé _____

(pour les membres de la jeunesse le représentant légale)

Date

A envoyer à la Caisse d'assurance de sport de la Fédération suisse de gymnastique CAS-FSG, 5001 Aarau

en joignant la facture **originale** de l'opticien _____ de fr. _____ pour les frais de réparation ou de remplacement, respectivement le décompte de l'autre assurance/caisse-maladie avec la copie de la facture