



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 _____

N° compte postal _____ 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. Est-ce que vous vous êtes blessé? oui non Si oui, traitement médical? oui non

Si oui, nature des blessures _____ Partie du corps _____

7. Deux témoins de l'événement _____

8. 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 _____

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

Les membres soussignés du comité directeur 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 directeur Date

Le moniteur/La monitrice Date

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

A annexer:

- Facture originale de l'opticien pour les frais de réparation ou de remplacement
- Le justificatif de la lunette remplacée
- Le décompte de l'autre assurance/caisse-maladie