

Inscription Club Sportif/Salle Fitness

Demande d'intervention
dans le cadre de l'Assurance Complémentaire

Coordonnées de l'affilié (écrire en majuscule ou collez une vignette d'identification)

N° de registre national:

N° d'affiliation:

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____ N°: _____ Bte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Collez ici une vignette

A compléter par le club sportif/Salle de fitness:

La direction du club sportif/salle de fitness _____

affilié à la Fédération/Ligue _____

certifie que la personne dont les coordonnées sont reprises ci-dessus

est affiliée pour la saison _____ / _____

Sport pratiqué: _____

Montant

La somme de _____, _____ € a été perçue

Cachet du club sportif/salle de fitness:
(obligatoire)

Date: _____ / _____ / _____

Signature du responsable du club:

L'intervention est octroyée à tout bénéficiaire sur présentation d'une preuve de paiement jointe au présent document:

- maximum 40 € pour les moins de 18 ans
- maximum 25 € pour les plus de 18 ans

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations en Assurance Complémentaire depuis au moins 6 mois.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'Assurance Complémentaire valables à partir du 01/01/2010.

Les données collectées sont utilisées pour le suivi de votre demande et sauf opposition de votre part, à des fins d'information sur les activités et services de Partenamut. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données, en vous adressant au responsable du traitement: Partenamut, bd Anspach 1 - 1000 Bruxelles.