

INSCRIPTION CLUB SPORTIF/SALLE FITNESS

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

COORDONNÉES DU CLIENT (écrire en majuscule ou collez une vignette d'identification)

N° de registre national: - N° d'affiliation: 527/

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____ N°: _____ Bte: _____

Code postal: _____ Localité: _____

Collez ici une vignette

À 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 :

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 01/01/2011.

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.