

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 le _____ / _____ / _____

Cachet du club sportif/salle de fitness :

Date : _____ / _____ / _____

Signature du responsable du club :

L'intervention, de max. 40€/an, est octroyée à tout bénéficiaire sur présentation d'une preuve de paiement jointe au présent document.

Pour bénéficier de l'intervention, l'affilié(e) doit être en règle de cotisations en Assurance Complémentaire.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'Assurance Complémentaire valables à partir du 01/01/2012.

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. Partenamut N° d'entreprise 0411.776.579, agent d'assurances (n° OCM 5007c) pour la Société Mutualiste d'Assurance (SMA) « Mutuelle Entraide Hospitalisation », rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01)