

# INSCRIPTION CLUB DE RUGBY

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:

La direction du club de Rugby \_\_\_\_\_

affilié à la Ligue Belge Francophone de Rugby

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

est affiliée pour la saison \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Montant

La somme de \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ € a été perçue

<p>Cachet du club: (obligatoire)</p>	<p>Date: _____ / _____ / _____</p> <p>Signature du responsable du club:</p>
--	---

L'intervention, de max. 50€/personne/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)