

Devis de dégats aux lunettes pour l'assurance scolaire

À remplir par l'opticien

Athénée Royal Mons 1 Section fondamentale

3, rue Fétis 7000 Mons

Je soussigné NOM :

+ cachet du magasin d'optique

Après examen des lunettes appartenant à Je certifie que les informations complétées sur ce devis reflètent la réalité

Paire de lunettes endommagée

	La monture	Les verres
Marque et type		
Date d'achat		
Prix d'achat à cette date		
Nature des dommages		
Réparation possible ?	OUI NON	OUI NON
Encore utilisable dans une nouvelle monture ?		OUI NON

Nouvelles lunettes

	La monture	Les verres
Marque et type		
Prix		
Y a-t-il intervention de la mutuelle ?	OUI NON	OUI NON

Fait à le

Signature de l'opticien

N° DE DOSSIER :

(à compléter par l'école assurée)

Coordonnées de la victime : (à compléter par la famille)

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :
.....

RESPONSABLE LÉGAL : NOM :
PRÉNOM :

N° COMPTE : Quelle banque ?

Code

BE																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE GSM :

ADRESSE MAIL : @

Votre enfant est-il couvert par :

UNE ASSURANCE SANTE COMPLEMENTAIRE OUI - NON

Si oui chez quel assureur ?

UNE ASSURANCE HOSPITALISATION OUI - NON

Si oui chez quel assureur ?

VIGNETTE MUTUELLE À COLLER

--