

## Assurance « Membres » Relevé des frais



Les AP

Police

C-11/1519.081/00-B

Cercle de/du : .....

Relevé des frais relatifs à l'accident du ..... au nom de ..... Réf. Sin. : .....

Attestation d'intervention de la mutualité (à faire compléter ou à annexer)					Frais où la mutualité n'intervient pas (à compléter par la victime) <small>[JOINDRE LES JUSTIFICATIFS DE CES FRAIS !]</small>		
N° code prest.	Date	Montant	Interv. mutualité	A récupérer	Nature des frais	Date	Montant payé
<b>TOTAUX :</b>					<b>TOTAUX :</b>		
Je soussigné (nom et prénom du délégué) : ..... déclare que la Mutualité est intervenue dans les frais à concurrence des montants indiqués ci-dessus.  Date, signature et cachet de la Mutualité :					Date et signature de la victime :  Somme à verser : • (*) au compte n° ..... de ..... • (*) par chèque (*) biffer la mention inutile		