



ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

AFFILIATION SPORT & APP SPORTIVES

DOC ACO 007 VERS 07/2026

Demande de
remboursement
possible via e-Mut
et app mobile



A COMPLÉTER PAR LE BÉNÉFICIAIRE :

Nom et prénom : _____

Veuillez coller la vignette rose du bénéficiaire

Intervention sur une affiliation à un club ou une application sportive.

Le remboursement de l'intervention se fera sur le compte connu de nos services pour le bénéficiaire précité, dans le respect des dispositions prévues dans nos statuts disponibles sur www.mslux.be/statuts.

A COMPLÉTER PAR LE RESPONSABLE DU CLUB SPORTIF :

Je soussigné(e) : _____ déclare sur l'honneur que

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

A payé la somme de _____ € pour son affiliation :

☐ au club sportif - discipline : _____

☐ à l'application sportive _____ (nom de l'application à préciser)

Date de paiement : ____ / ____ / ____

Date et signature du responsable

Cachet de l'organisation
si absence de cachet de l'organisation, joindre la preuve de paiement

Mutualité Socialiste du Luxembourg O.A. 323

Place de la Mutualité, 1 - B-6870 Saint-Hubert - 061 23 11 11 - contact.lux@mutsoc.be

Compte financier : BIC : BBRUBEBB - IBAN : BE36 367-0120308-81

www.mslux.be

