

Trans Val de France

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Suite au mouvement social du 19 Mars 2018 au 30 Décembre 2018, les clients des lignes 18-8-9-12-17 et SME 20 porteurs d'un abonnement hebdomadaire, mensuel, ou annuel valable pendant cette période peuvent se faire indemniser selon les conditions de remboursement fixées par Ile-de-France Mobilités.

Conditions de remboursement pour les porteurs d'abonnements :

Les titulaires d'abonnements seront remboursés par lettre chèque, sur la base suivante :

Titre de transport	Montant du remboursement
Passé Navigo Semaine	32.57 euros
Passé Navigo Mois	25.07 euros
Passé Navigo Annuel (ex Intégrale)	22.66 euros
Solidarité Transport Semaine	8.14 euros
Solidarité Transport Mois	6.27 euros
Imagine'R Scolaire/Étudiant	9.59 euros
Carte Scolaire (ex Carte Optile Scolaire) 2 sections	4.98 euros

*Merci de remplir le formulaire ci-dessous pour nous permettre de procéder au remboursement
 En cas d'envoi par courrier, ce montant sera complété d'un forfait de 0,80€ (tarif d'un timbre vert)*



1. Identification de l'abonné et du passe Navigo :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Prénom : _____

LIGNE DE BUS CONCERNEE : _____

Numéro client NAVIGO (information obligatoire)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Numéro de série du Passe NAVIGO (information obligatoire)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Titre utilisé¹ pendant la période qui fait l'objet du remboursement :

Passe Navigo Semaine <input type="checkbox"/> Passe Navigo Mois <input type="checkbox"/> Passe Navigo Annuel (ex Intégrale) <input type="checkbox"/> Solidarité Transport Semaine <input type="checkbox"/>	Solidarité Transport Mois <input type="checkbox"/> Imagine'R Scolaire/Étudiant <input type="checkbox"/> Carte Scolaire (ex carte Optile scolaire) <input type="checkbox"/>
---	--

¹ Attention, toute demande de remboursement doit être accompagnée de la photocopie du titre de transport faute de quoi, aucun remboursement ne pourra intervenir.

3. Le remboursement est à effectuer à l'ordre de :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Formulaire à remplir et à retourner **AU PLUS TARD LE 31 JANVIER 2018**

Aucune demande ne pourra être prise en compte passé ce délai

Par mail : isabelle.bottonnet@transdev.com

Par courrier : Trans Val de France 3 Rue de Messy 77410 Charny

Les remboursements interviendront environ un mois après la date limite indiquée ci-dessus.