

COVID-19 DEMANDE DE REMBOURSEMENT PARTIEL D'UN ABONNEMENT 12 MOIS SUR LES PÉRIODES DU 17 MARS AU 15 AVRIL ET/OU DU 16 AVRIL AU 10 MAI 2020



Transports en Commun
de l'Agglomération Troyenne

VOTRE DEMANDE

- 1 Remplissez le formulaire ci-dessous.
- 2 Retournez le formulaire accompagné d'un RIB (BIC IBAN) à l'adresse mail : remboursement@tcat.fr.

Remarque :

Durant la période de confinement, les prélèvements automatiques sont maintenus.

Le remboursement partiel est applicable seulement sur les **abonnements 12 mois (hors abonnements 30 JOURS et BASIC SCOLAIRE)**. Il ne sera effectué qu'à la condition que, dans le cadre de la **prime transport salariés**, votre employeur n'ait pas, partiellement ou en totalité, participé à l'achat de l'abonnement «12 mois» sur les périodes pour lesquelles il est demandé un remboursement. **De plus, la carte BUSSEÓ ne devra pas avoir été utilisée entre le 17 mars et le 15 avril 2020 et/ou entre le 16 avril et le 10 mai**; une vérification informatique sera systématiquement effectuée.

VOTRE DEMANDE CONCERNE LES PÉRIODES :

Merci de cocher la période sur laquelle porte votre demande.

Du 17 mars au 15 avril 2020*

Du 16 avril au 10 mai 2020*

* Si vous avez déjà envoyé une demande de remboursement partiel pour l'une de ces périodes il est inutile de nous transmettre à nouveau vos coordonnées bancaires.

VOS COORDONNÉES

Les champs suivis d'un * sont obligatoires pour le traitement de votre demande.

Mme M

Nom*

Prénom*

Date de naissance* / /

Adresse*

.....

Code postal*

Téléphone* Mobile

Courriel@.....

VOS COORDONNÉES BANCAIRES (À NE COMPLÉTER QUE POUR UNE 1ÈRE DEMANDE)

Nom du titulaire*

Prénom du titulaire*

IBAN* F R

CODE BIC*

LES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE CARTE BUSSÉO

Mme M
Nom*
Prénom*
Date de naissance* / /
N° de carte BUSSÉO*

Si votre demande concerne l'abonnement 12 mois de plusieurs personnes, merci de remplir les informations ci-dessous.

LES INFORMATIONS CONCERNANT LES CARTES BUSSÉO

Mme M	Mme M
Nom*	Nom*
Prénom*	Prénom*
Date de naissance* / /	Date de naissance* / /
N° de carte BUSSÉO*	N° de carte BUSSÉO*

Mme M	Mme M
Nom*	Nom*
Prénom*	Prénom*
Date de naissance* / /	Date de naissance* / /
N° de carte BUSSÉO*	N° de carte BUSSÉO*

Si je suis concerné, je certifie que dans le cadre de la prime transport salariés, mon employeur n'a pas, partiellement ou en totalité, participé à l'achat de mon abonnement «12 mois» sur la période pour laquelle je demande un remboursement.

Fait à :

Le : / /

Conformément à la Loi Informatique et Libertés et au RGPD : ces données sont nécessaires pour gérer votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données vous concernant. Pour toutes questions, écrivez à : TCAT - 20, rue aux Moines - 10000 TROYES.