

# Attestation de couverture par une assurance soins quotidiens

Cette attestation porte sur une demande de  exemption  dispense de stage

## Concerne

### Compléter ou coller une vignette

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de registre national: \_\_\_\_\_

Rue et n°: \_\_\_\_\_

CP et localité: \_\_\_\_\_

Tél. ou GSM: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_

agissant en qualité de (fonction) \_\_\_\_\_

de l'entreprise d'assurance \_\_\_\_\_

certifie que la personne susmentionnée a été assurée par notre entreprise du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dénomination de la couverture d'assurance \_\_\_\_\_

Date de début du contrat \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de fin du contrat \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de fin de stage \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Les primes ont été versées jusqu'à la fin du contrat  oui  non

Les primes sont prises en charge par l'employeur  oui  non

Il s'agit d'une assurance qui couvre les soins suivants :

Optique  Audition  Consultations  Psychologie et sexologie  Thérapies alternatives et prévention  Soins des pieds et prévention

Sont également couverts:

1. (Nom, prénom, date de naissance): \_\_\_\_\_

2. (Nom, prénom, date de naissance): \_\_\_\_\_

3. (Nom, prénom, date de naissance): \_\_\_\_\_

4. (Nom, prénom, date de naissance): \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Sceau de l'entreprise d'assurance

Ce document est destiné exclusivement au traitement administratif de l'affiliation de notre membre à une assurance soins quotidiens organisée par la société mutualiste MC Assure.  
Éditeur responsable : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Janvier 2025.

**EN SAVOIR PLUS ?**

Appelez le 081 81 28 28 ou adressez-vous à votre conseiller via [mc.be/contact](https://mc.be/contact)

