

# Attestation de couverture par une assurance soins dentaires

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

Montant du plafond annuel:  , €

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

Prothèse  Soins préventifs  Orthodontie  Soins curatifs  Parodontologie

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 dentaires organisée par la société mutualiste MC Assure.  
Éditeur responsable : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Avril 2023.

**EN SAVOIR PLUS ?**

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

