

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 hospitalisation 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

