

ATTESTATION D'ASSURANCE

(Document à faire remplir par votre ancien organisme assureur)

Par la présente, nous attestons que les personnes ci-dessous bénéficiaient d'une assurance hospitalisation auprès de notre compagnie.

Nom des personnes assurées	Date de naissance	Adresse

Nom de la compagnie

Numéro de contrat (ou d'affiliation)

Date de début :/...../..... Date de fin/...../..... du précédent contrat

Type de couverture :

Pourcentage des suppléments d'honoraires pris en charge en cas d'hospitalisation : %

Fait à, Le

Nom, fonction et signature