

# Attestation de couverture par une assurance hospitalisation



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Cette attestation porte sur une demande de

exemption

dispense de stage

Concerne : NN :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

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

Les primes ont été versées jusqu'à la fin du contrat : OUI  NON

Il s'agit d'une assurance :

« indemnitaire »

« forfaitaire »

avec garantie pré-post hospitalisation

couvrant les suppléments de chambre individuelle

avec remboursement ..... fois le barème INAMI

couvrant la chambre à 2 lits

avec couverture maladie grave et/ou coûteuse

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 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Sceau de l'entreprise d'assurance

Signature : .....