

Attestation de couverture par une assurance soins dentaires



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

Destinée à l'usage de la mutualité en matière de dispense de stage d'attente.

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

Montant du plafond annuel : _____ euros

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 ____ - ____ - ____.

Sceau de l'entreprise d'assurance

Signature :