



Avenue Louise 166 Bte 1
1050 Bruxelles
Belgique
+ 32 (0)78 150 135

2006/AH

Masterkey²Health

SANTE ET ASSISTANCE A L'ETRANGER

Attestation

A remplir par votre organisme santé (Krankenkasse – Mutuelle – Ziekenfonds) dans le pays de la Sécurité Sociale ou d'un autre Institut de Santé (DOSZ/OSSOM, CFE, Fonds santé des fonctionnaires de l'UE)

Je soussigné , _____ ,

déclare que :

(Nom) _____ ,

numéro d'affiliation _____ ,

est obligatoirement assuré à un organisme de santé/
Assurance / Institut*

(cachet)

Pays _____

A la date de prise d'effet (jj-mm-aa) : _____

Catégorie de personnel

Ouvrier

Employé

Indépendant

Dépendant

Autre , _____

Pour les couvertures suivantes :

Période d'attente

Hospitalisation – frais de soins hospitaliers*/ one day clinic* _____ % _____

Frais de soins ambulatoires _____ % _____

Médicaments _____ % _____

Frais de traitements dentaires _____ % _____

Frais de traitements de prothèses dentaires _____ % _____

Verres et lentilles _____ % _____

Appareils auditifs _____ % _____

Soins médicaux à l'étranger _____ % _____

Rapatriement _____ % _____

Remarques: _____

Nom, fonction _____ Date _____

Signature _____

* biffer la mention inutile