



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

2006/AS

Masterkey²Health

Attestation Sleeper

A remplir par l'employeur

Je soussigné , _____ ,

déclare que :

(Nom) _____ ,

est obligatoirement assuré dans le cadre de la police collective soins de santé (Compagnie, Numéro de police) _____

à la date de prise d'effet (JJ-MM-AA): _____

pour les couvertures suivantes :

Période d'attente

| | | |
|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation – frais de soins hospitaliers*/ one day clinic* | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frais de soins ambulatoires | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frais de traitements dentaires | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frais de traitements de prothèses dentaires | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Verres et lentilles | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Appareils auditifs | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Soins médicaux à l'étranger | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rapatriement | _____ % | _____ |

Remarques: _____

Nom, fonction _____ Date _____

Signature _____

* biffer la mention inutile