



Attestation d'assurance

(Document à faire remplir par votre ancien organisme assureur)

Par la présente, nous attestons que les personnes reprises 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 _____

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

Date de fin de paiement : _____ / _____ / _____

Type de couverture :

Type de chambre : commune – 2 lits – individuelle (biffer la ou les mentions inutiles)

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

_____ % des frais réels ou _____ % du tarif INAMI

Fait à _____, Le _____ Nom, fonction et **signature**

Société Mutualiste d'Assurances Neutra