

## **ACCUSÉ DE PRISE DE CONNAISSANCE :**

### **à renvoyer à DS-H !**

Le soussigné,

Nom et prénom (assuré principal) : .....

N° Registre National :

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Domicile : .....

N° Tél. : ..... N° GSM : .....

Adresse e-mail : .....

ainsi que les coassurés (les membres de la famille affiliés suivants) :

.....(conjoint/partenaire)  
(nom, prénom, date de naissance)

..... (enfant)  
(nom, prénom, date de naissance)

confirment avoir reçu et avoir pris connaissance de l'information sur le droit à la poursuite à titre individuel de l'assurance collective hospitalisation et sur la possibilité de préfinancement de cette poursuite pour l'assuré principal et ses coassurés (Loi VERWILGHEN du 20 juillet 2007).

A .....  
(lieu) (date)

.....  
(signature)