



N° POLICE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° MATRICULE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Attestation à compléter par votre
Ancien assureur et à retourner à :

OCASC
DS-H/Sv hospitalisation
Quartier Reine Astrid
Rue Bruyn 1
1120 BRUXELLES

ASSURE(S)

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	DATE D'AFFILIATION	DATE D'ECHEANCE	CLAUSE
				oui / non
				oui / non
				oui / non
				oui / non
				oui / non
				oui / non
				oui / non

CONDITIONS DE CONTRAT

Intervention maximale (x AMI) 1
 2
 3
 4
 illimité
 autre :

Hospitalisation Pré nombre de mois :
 Post nombre de mois :

Maladies graves oui nombre :
 non

Je soussigné(e) déclare que l'assuré (les assurés) précité(s) a (ont) un contrat auprès de la compagnie

_____ (nom de la compagnie)

DATE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM ,

SIGNATURE ,

CACHET DE LA COMPAGNIE