



Contrat d'hospitalisation
auprès d'une autre compagnie

N° POLICE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					MATRICULE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
N° MECANO	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																

Attestation à compléter par votre ancien assureur et à retourner à	OCASC – Assurance Hosp DKV QUARTIER REINE ASTRID RUE BRUYN – BLOC F0 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 :
 oui

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



Contrat d'hospitalisation
auprès d'une autre compagnie
