

Demande de prestations (indemnité journalière d'hospitalisation, cas de dépendance etc.) Prévoyance privée

Preneur d'assurance/personne assurée

Prénom	<input type="text"/>	Produit d'assurance	Indemnité journalière d'hospitalisation
Nom	<input type="text"/>		Assurance de soins
Rue/no	<input type="text"/>		Assurance en cas de dépendance
NPA/lieu	<input type="text"/>	Cause	Maladie Accident
Pays	<input type="text"/>		Maternité
Date de naissance	<input type="text"/>		
N° de portable	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

Justification de la demande de prestations

Description précise

Nom, adresse du médecin/de l'hôpital qui peut fournir des informations à ce propos

Nom, adresse du médecin traitant

Signature

Par votre signature, vous confirmez avoir fourni à Pax des informations complètes et exactes.

Lieu/date	<input type="text"/>	Signature	<input type="text"/>
Prénom/nom en caractères d'imprimerie	<input type="text"/>		

