

FICHE DE RENSEIGNEMENTS REMPLAÇANT

NOM ET PRENOM DE L'ASSURÉ REMPLACÉ :

INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN REMPLAÇANT

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité:

Tél fixe : Mobile :

Email :

QUALIFICATION DU PRATICIEN REMPLAÇANT (obligatoirement identique à celle praticien remplacé) :

.....

PERIODE DE REMPLACEMENT :

du au

du au

du au

Le remplaçant est-il couvert par un contrat d'assurance ?

Non

Oui (Si oui, merci de nous indiquer par quelle Compagnie ainsi que le
numéro de son contrat) :

Nota : Dans le cas où votre remplaçant bénéficie d'un contrat personnel, celui-ci interviendra en priorité. Votre contrat n'intervenant qu'en complément ou en absence de garantie.

Date et signature :

Cachet du praticien remplacé