

## 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 remplaçant  
(obligatoirement identique à celle du  
praticien remplacé) :

### PÉRIODE 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 :

Signature :

Cliquez ci-dessous  
pour soumettre  
automatiquement  
votre fiche