

# Attestation d'assurance

Nom Prénom  
999 nom de la rue  
Ville Province  
Code postal

Groupe : 000000  
Employeur : 0000  
N° d'identifiant : 0000000000

Nous avons le plaisir de vous remettre le résumé de votre protection. Pour obtenir plus de détails concernant les définitions, les règles d'admissibilité, le contenu des garanties et les exclusions et réductions prévus au contrat qui vous protège, inscrivez-vous à l'Espace client. Vous pourrez ainsi accéder à tous les documents mis à votre disposition. L'Espace client vous permettra aussi d'accéder aux services en ligne et de nous transmettre vos demandes de prestations. Nous joignons également votre carte de services pour vos soins de santé.

## Prise d'effet

Attestation émise le 2019-03-27

2019-01-01	MALADIE : PROTECTION FAMILIALE
2019-01-01	SOINS DENTAIRE : PROTECTION FAMILIALE
2019-01-01	VIE DE BASE - ADHÉRENT : PROTECTION FAMILIALE
2019-01-01	VIE DE BASE - PERSONNES À CHARGE
2019-01-01	MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE - ADHÉRENT : PROTECTION FAMILIALE
2019-01-01	INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Votre contrat comporte le service de paiement automatisé pour certains services. Veuillez présenter votre carte de services au professionnel de la santé. On effectue automatiquement le paiement pour la partie assurée du service.

En utilisant la carte de services ci-dessous, l'utilisateur accepte et consent à ce que les renseignements médicaux le concernant, pertinents à la demande et connus de l'Assureur, soient transmis au professionnel de la santé qui traite sa demande.

