

Déclaration Autre Bénéficiaire

Par la présente je soussigné(e)

Numéro de Matricule

demeurant à

Autorise la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics à effectuer les remboursements concernant la personne

nom

Numéro de matricule

Sur mon compte bancaire étant donné que les mémoires d'honoraires sont payés par mes soins.

La présente déclaration est valable :

- Uniquement pour cette demande-ci ;
- ²⁾ pour toutes les prestations après le et le
- ³⁾ pour toutes les prestations après le et ceci jusqu'à avis contraire ;

Signature(s) :

Fait à, le

^{2), 3)} Si vous avez opté pour cette option, merci de faire contresigner la présente par l'assuré(e) principal(e)

Veillez joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB)