

Direction des Assistances

Attention de Mr.

Référence de dossier :

Notre N° de fax : 05 22 97 45 36 / 0522 97 41 41

Date:

**GARANTIE DE FRAIS MEDICAUX
DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Je Soussigné

Domicilié à

N° CIN :

N° De Passeport:

Ayant Souscrit A La Convention D'assistance Signée Entre :
.....**MOI MEME**

Et SAHAM ASSISTANCE Et En Ayant Accepté Les Termes,

Déclare Sur L'Honneur Ne Bénéficier D'Aucun Régime De Prévoyance Maladie
Auprès De Quelque Organisme Que Ce Soit.

Fait Pour Servir Et Valoir Ce Que De Droit.

Fait à Le

Signature Précédée De La Mention "Lu et Approuvé".

SAHAM ASSISTANCE

LOTISSEMENT CIVIM LOT 131 ROUTE AEROPORT QUARTIER INDUSTRIEL SIDI MAÂROUF - CASABLANCA

TEL : 212 5 22 95 93 00 FAX : 212 5 22 97 45 36

E-mail: mqg@sahamassistance.com

www.sahamassistance.com

