



Renseignement du compte bancaire

Je soussigné(e),

Nom (*):

Prénom:

Numéro national (*) --

(*) Voir carte d'identité

demande que le remboursement des soins de santé / indemnités (**) pour incapacité de travail du par la CAAMI, pour moi-même et mes personnes à charge, soient virés sur le compte bancaire suivant :

(**) biffer les mentions inutiles

Numéro de compte :

IBAN: ---

BIC :

Titulaire:

Fait à, le

Signature

..... 

Collez ici une vignette

Veuillez joindre une copie de votre carte d'identité svp.