

### RAPPORT D'EXPÉRIENCE

NOM DU GROUPE:

**Période du**  AU

**Primes payées**

**Réclamations payées**

COURT TERME			
MALADIE COMPLÉMENTAIRE			
SOINS DENTAIRE			
SOINS DE LA VUE			

**Période du**  AU

**Primes payées**

**Réclamations payées**

COURT TERME			
MALADIE COMPLÉMENTAIRE			
SOINS DENTAIRE			
SOINS DE LA VUE			

**Période du**  AU

**Primes payées**

**Réclamations payées**

COURT TERME			
MALADIE COMPLÉMENTAIRE			
SOINS DENTAIRE			
SOINS DE LA VUE			

Remarques :