



## Cession de créance

Par la présente, je soussigné(e) cède à Help Transports toutes mes prétentions au remboursement, par ma caisse maladie, des sommes que l'entreprise m'a facturées ou qu'elle me facturera pour les transports médicaux effectués du \_\_\_\_\_.

Au \_\_\_\_\_. Ainsi, j'autorise et mandate ma caisse maladie à verser directement à Help Transports le montant des frais de transport concernés.

Nom du client/de la cliente :

Date de naissance du client/de la cliente :

Nom de l'assurance :

N° AVS :

N° d'assuré :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_.

Directeur Help Transports

Signature du client/de la cliente

A handwritten signature in black ink that reads "Michael". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal stroke.