

DÉCLARATION D'ALLAITEMENT

Dans le cadre de l'assurance Mivita, Atupri verse une indemnité d'allaitement de CHF 200.– aux femmes assurées ayant allaité leur enfant pendant 10 semaines au moins.

À renvoyer dûment rempli à :

Atupri Assurance de la santé SA
Centre de prestations
Bd de Pérolles 55
Case postale 32
1701 Fribourg

Le/la signataire déclare que Madame (nom/prénom),

numéro d'assuré

a allaité son enfant (prénom),

né(e) le

pendant **10 semaines au moins**.

Lieu et date

Timbre et signature du médecin, de la sage-femme ou infirmière puéricultrice