Versicherungsbescheinigung

Von Ihrem bisherigen Versicherer auszufüllendes Dokument

Hiermit bestätigen wir, dass die unten aufgeführten Personen bei unserem Unternehmen krankenversichert waren.

Name der versicherten Personen	Geburtsdatum	Adresse

Name der Gesellschaft: .....

Vertragsnummer: .....

Beginn des vorherigen Vertrags: ...../...../.....

Ende des vorherigen Vertrags: ...../...../.....

Ende der Zahlungen: ...../...../.....

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 - 4000 Liège
Tel : 04.254.54.90

N° entreprise : 0472.020.311
Agréé par l'OCM : n°250/2

info@neutrassur.be
https://www.neutrahospi.be

Art der Deckung

Zimmertyp: Gemeinschaftszimmer – 2 Betten – Einzelzimmer
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Prozentsatz der im Falle eines Krankenhausaufenthalts übernommenen Honorarzuschläge:

..... % der tatsächlichen Kosten oder ..... % des INAMI-Tarifs

Erstellt in ..... , am ..... Name, Funktion und Unterschrift

Die von der SMA Neutra verarbeiteten personenbezogenen Daten werden gemäß den Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr verarbeitet. Fragen zu dieser Verordnung können Sie an den Datenschutzbeauftragten der SMA richten, der telefonisch unter 04.254.58.91, per E-Mail unter protection_donnees@neutrassur.be und per Post unter Rue de Joie 5, 4000 Lüttich erreichbar ist. Die Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten der SMA Neutra kann auf ihrer Website unter https://www.neutrahospi.be/ eingesehen werden.