



## Antrag auf Intervention Neutra

**(\*) Ich, der/die Unterzeichner/in, die betreute Person oder ihr gesetzlicher Vertreter,**

stimme zu       stimme nicht zu

der Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die SMA Neutra im Rahmen der festgelegten Zwecke

### Kontaktdaten der gepflegten Person

Name\* : \* : .....  
\* Oder Vignette der Krankenkasse einfügen

Vorname\* : \* : .....

Nationalnummer\* : \* : .....  
(falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Straße : : .....

Hausnummer : : ..... Postfach : : ..... Postleitzahl : : .....

Stadt : : .....

Land : : .....

Telefon : : .....

E-Mail : : .....

Bankkontonummer (**obligatorisch**) : .....

### Gegenstand des Einsatzantrags

Krankenhausaufenthalt vom ..... bis .....

Oder Tagesklinikaufenthalt vom .....

Name des Krankenhauses : : .....

Ort : : .....

Medizinischer Grund für den Krankenhausaufenthalt : : .....

Ist dieser Krankenhausaufenthalt unfallbedingt ?     Ja     Nein

Schwere Krankheit : :     Ja     Nein

**Bei jeder schweren Krankheit legen Sie bitte einen medizinischen Bericht vor, aus dem die Art der Krankheit und das Datum des Behandlungsbeginns hervorgehen.**

Name und Vorname des Unterzeichners : : .....

Beglaubigt als wahr und echt,

Erstellt in ....., am ..... **Unterschrift**

### Angabe nur bei Unfällen erforderlich

Ursache : :  Schulisch  Sportlich  Verkehr  Arbeit

#### 1. Klare und genaue Beschreibung des Unfalls und der Körperverletzung

Ort des Geschehens (genaue Adresse) : : .....

Datum des Unfalls : : .....

Klare und genaue Umstände des Vorfalls : : .....

.....

Art der Verletzungen : : .....

.....

Gibt es einen anderen Vertrag, der diesen Schaden übernehmen könnte ?  Ja  Nein

#### 2. Bei Arbeits-, Sport- oder Schulunfällen auszufüllen

**Achtung** : Es obliegt der Versicherungsgesellschaft der verantwortlichen Einrichtung, bei dieser Art von Unfällen zu intervenieren. Neutra wird gemäß den allgemeinen und besonderen Bedingungen Ihres Vertrags tätig, wenn nach Intervention dieser Versicherung noch ein Betrag zu Ihren Lasten verbleibt oder wenn diese Versicherung die Intervention ablehnt.

Name und Anschrift des Arbeitgebers, Vereins, der Schule : : .....

.....

Versicherungsnummer : : .....

Schadensnummer : : .....

#### 3. Auszufüllen, wenn ein Dritter haftbar gemacht werden kann

Wurde ein Protokoll erstellt :  Ja  Nein

Nummer des Protokolls : : .....

*Wenn Sie im Besitz des Vernehmungsprotokolls sind, senden Sie uns bitte eine Kopie zu.*

Name der Versicherungsgesellschaft des haftenden Dritten : : .....

Versicherungsnummer : : .....

Schadensnummer : : .....

Name und Vorname des Unterzeichners : : .....

Beglaubigt als wahr und echt,

Erstellt in ....., am ..... **Unterschrift**

Dieses Formular ist an Herrn Dr. Meurmans, Vertrauensarzt der SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Lüttich, zurückzusenden.

Ich versichere hiermit, dass alle Angaben in diesem Formular vollständig, richtig und wahrheitsgemäß sind. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche, unrichtige oder unvollständige Erklärung als Betrug oder Betrugsversuch angesehen werden kann, mit den damit verbundenen administrativen und strafrechtlichen Sanktionen.

(\* ) Die versorgte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist gesetzlich verpflichtet, diese Erklärung bei der SMA Neutra einzureichen. Mit dem Ausfüllen dieser Erklärung übermittelt die versorgte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter insbesondere personenbezogene Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer schweren Erkrankung, um die Erstattung der Kosten zu erhalten, die durch die abgeschlossene Krankenhausversicherung abgedeckt sind.

Die freie und informierte Einwilligung der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters ist für die Verarbeitung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die SMA Neutra unerlässlich. Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann jederzeit Einsicht in die Daten nehmen, diese ändern oder löschen sowie die erteilte Einwilligung widerrufen, ohne dass dies Auswirkungen auf bereits erfolgte Verarbeitungen hat. Zu diesem Zweck muss ein schriftlicher, datierter und unterschriebener Antrag zusammen mit einer Kopie des Personalausweises an SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Lüttich, geschickt werden. Bei Anmerkungen oder Fragen können Sie sich über [protection\\_donnees@neutrahospi.be](mailto:protection_donnees@neutrahospi.be) an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Sie können auch unsere Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten auf unserer Website [www.neutrahospi.be/vie-privée](http://www.neutrahospi.be/vie-privée) einsehen. Bei anhaltender Unzufriedenheit können Sie sich an die Datenschutzbehörde (APD), Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel, wenden.