



## Antrag auf Erstattung von Zahnbehandlungskosten

### Vom Versicherten auszufüllen

(\* ) Ich, der/die Unterzeichnete, die behandelte 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 behandelten Person

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

Vorname\* : .....

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

Straße : .....

Nummer : ..... Box : ..... Postleitzahl : .....

Stadt : ..... Land : .....

Telefon : .....

E-Mail : .....

IBAN-Nummer (Pflichtfeld) : ..... BIC-Nummer : .....

### Weitere Informationen

Behandlungszeitraum (Pflichtfeld) : ..... bis ..... (maximal 3 Monate)

### Auszufüllen, wenn der Antrag auf Leistung nach einem Unfall gestellt wird

A) Datum des Unfalls : .....

B) Ist eine andere Versicherung beteiligt?

Ja (Name der Versicherung angeben) : .....

Nein

Um meine Erstattung zu erleichtern, ermächtige ich die SMA Neutra, bei meiner Krankenkasse die Einzelheiten der im Rahmen der Pflichtversicherung erstatteten Rechnung anzufordern, und verpflichte mich, die Rechnungen und/oder das Standardformular im Zusammenhang mit diesem Antrag zu übermitteln. Andernfalls kann die Erstattung nicht erfolgen.

Beglaubigt als wahr und echt,

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

(\* ) Die behandelte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist gesetzlich verpflichtet, diese Erklärung bei der SMA Neutra einzureichen. Mit dem Ausfüllen dieser Erklärung übermittelt die behandelte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter insbesondere personenbezogene Gesundheitsdaten, um die Erstattung der durch die abgeschlossene Zahnversicherung gedeckten Kosten zu erhalten.

Die freie und informierte Einwilligung der behandelten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters ist für die Verarbeitung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die SMA Neutra unerlässlich.

Die behandelte 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 durchgeführte 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 an unseren Datenschutzbeauftragten unter [protection\\_donnees@neutrahospi.be](mailto:protection_donnees@neutrahospi.be) oder unter der Telefonnummer 04/254.58.91 wenden. Sie können auch unsere Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten auf unserer Website [www.neutrahospi.be/vie-privee](http://www.neutrahospi.be/vie-privee) einsehen. Bei anhaltender Unzufriedenheit können Sie sich an die Datenschutzbehörde (APD), Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel, wenden.