



Demande intervention Neutra

(*) Je soussigné(e), la personne soignée ou son représentant légal,

☐ consens ☐ ne consens pas

au traitement de mes données à caractère personnel, relatives à la santé, par la SMA Neutra, dans le cadre des finalités définies

Coordonnées de la personne soignée

Nom* :
* Ou coller une vignette de mutuelle

Prénom* :

N° National* :
(à défaut, mettre la date de naissance)

Rue :

Numéro : Boîte : Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

N° compte bancaire **(obligatoire)** :

Objet de la demande d'intervention

Hospitalisation du au

Ou hospitalisation de jour du

Nom de l'hôpital :

Localité :

Raison médicale de l'hospitalisation :

Cette hospitalisation est liée à un accident ? ☐ Oui ☐ Non

Maladie grave : ☐ Oui ☐ Non

Pour toute ouverture d'une maladie grave, veuillez nous fournir un rapport médical précisant la nature de la maladie et la date de début du traitement.

Nom et prénom du signataire :

Certifié sincère et véritable,

Fait à , le **Signature**

Renseignement à fournir uniquement en cas d'accident

Cause : ☐ Vie privée ☐ Scolaire ☐ Sportif ☐ Circulation ☐ Travail

1. Description claire et précise de l'accident et du dommage corporel

Lieu des faits (adresse exacte) :

Date de l'accident :

Circonstances claires et précises des faits :

Nature des lésions :

Existe-il un autre contrat susceptible de prendre en charge ce sinistre ? ☐ Oui ☐ Non

2. A compléter en cas d'accident de travail, sportif, ou scolaire

Attention : il incombe à la compagnie d'assurance de l'organisme responsable d'intervenir pour ce type d'accident. Neutra interviendra s'il reste un montant à votre charge après intervention de cette assurance ou en cas de refus, et ce, suivant les conditions générales et particulières de votre contrat.

Nom et adresse de l'employeur, du club, de l'établissement scolaire :

Numéro de police :

Numéro de sinistre :

3. A compléter si la responsabilité d'un tiers peut être engagée

Un procès-verbal a-t-il été dressé ☐ Oui ☐ Non

Numéro de PV :

Si vous possédez le procès-verbal d'audition, veuillez nous transmettre une copie.

Nom de la compagnie d'assurance du tiers responsable :

Numéro de police :

Numéro de sinistre :

Nom et prénom du signataire :

Certifié sincère et véritable,

Fait à, le **Signature**

Le présent formulaire est à renvoyer à l'attention du médecin conseil de la SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Liège.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant sur la présente sont complètes, correctes et conformes à la réalité. J'ai conscience qu'une déclaration fausse, inexacte ou incomplète peut être assimilée à une fraude ou à une tentative de fraude, avec les sanctions administratives et pénales que cela implique.

(*) La personne soignée, ou son représentant légal, est statutairement tenue de soumettre la présente déclaration à la SMA Neutra. En complétant la présente déclaration, la personne soignée, ou son représentant légal, communique, notamment, des données à caractère personnel relatives à la santé, liées à une hospitalisation ou une maladie grave, et ce, dans le but d'obtenir le remboursement des frais couverts par l'assurance hospitalisation souscrite.

Le consentement libre et éclairé de la personne soignée, ou de son représentant légal, est indispensable au traitement par la SMA Neutra de ces données à caractère personnel relatives à la santé.

La personne soignée, ou son représentant légal, peut à tout moment demander à consulter les données, les modifier ou les supprimer ainsi que retirer le consentement donné sans que cela ne puisse avoir un effet sur les traitements déjà effectués.

Pour ce faire, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données via protection_donnees@neutrahospi.be. Vous pouvez également consulter notre Déclaration en matière de protection de données à caractère personnel sur notre site web www.neutrahospi.be/vie-privee. L'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, peut être contactée en cas d'insatisfaction persistante.