Verzoek om tussenkomst Neutra

(*) Ik, ondergetekende, de verzorgde persoon of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger,

☐ akkoord ☐ niet akkoord

met de verwerking van mijn persoonsgegevens met betrekking tot mijn gezondheid door SMA Neutra, in het kader van de omschreven doeleinden

Contactgegevens van de patiënt

Naam* : * .....
** Of plak een vignet van de mutualiteit*

Voornaam* : * .....

Nationaal nummer* : * .....
(indien niet beschikbaar, vul dan de geboortedatum in)

Straat : .....

Nummer : ..... Bus : ..... Postcode : .....

Stad : .....

Land : .....

Telefoonnummer : .....

E-mail : .....

Bankrekeningnummer **(verplicht)** .....

Reden voor de interventieaanvraag

Ziekenhuisopname van ..... tot .....

Of dagopname van .....

Naam van het ziekenhuis : .....

Plaats : .....

Medische reden voor de ziekenhuisopname : .....

Heeft deze ziekenhuisopname te maken met een ongeval ? ☐ Ja ☐ Nee

Ernstige ziekte : ☐ Ja ☐ Nee

Voor elke ernstige ziekte dient u ons een medisch rapport te verstrekken waarin de aard van de ziekte en de datum van aanvang van de behandeling worden vermeld.

Naam en voornaam van de ondertekenaar : .....

Echt en waarheidsgetrouw verklaard,

Opgesteld te ..... , op ..... **Handtekening**

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

Informatie alleen verstrekken in geval van een ongeval

Oorzaak : ☐ Privéleven ☐ School ☐ Sport ☐ Verkeer ☐ Werk

1. Duidelijke en nauwkeurige beschrijving van het ongeval en het lichamelijk letsel

Plaats van het ongeval (exact adres) : .....

Datum van het ongeval : .....

Duidelijke en nauwkeurige omstandigheden van de feiten : .....

.....

Aard van de letsels : .....

.....

Bestaat er een ander contract dat deze schade zou kunnen dekken ? ☐ Ja ☐ Nee

2. In te vullen bij een arbeids-, sport- of schoolongeval

Let op het is de verantwoordelijkheid van de verzekeringsmaatschappij van de verantwoordelijke instantie om op te treden bij dit soort ongevallen. Neutra treedt op als er na tussenkomst van deze verzekering nog een bedrag voor uw rekening blijft of in geval van weigering, en dit volgens de algemene en bijzondere voorwaarden van uw contract.

Naam en adres van de werkgever, de club, de onderwijsinstelling : .....

.....

Polisnummer : .....

Schadenummer : .....

3. In te vullen indien een derde aansprakelijk kan worden gesteld

Is er een proces-verbaal opgemaakt : ☐ Ja ☐ Nee

Nummer van het proces-verbaal : .....
Als u in het bezit bent van het proces-verbaal van de verhoor, stuur ons dan een kopie.

Naam van de verzekeringsmaatschappij van de aansprakelijke derde : .....

Polisnummer : .....

Schadenummer : .....

Naam en voornaam van de ondertekenaar : .....

Echt en waarheidsgetrouw verklaard,

Opgesteld te ..... , op ..... **Handtekening**

Dit formulier moet worden teruggestuurd naar dokter Meurmans, medisch adviseur van SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Luik.
Ik verklaar op erewoord dat alle gegevens op dit formulier volledig, correct en waarheidsgetrouw zijn. Ik ben mij ervan bewust dat een valse, onjuiste of onvolledige verklaring kan worden beschouwd als fraude of poging tot fraude, met alle administratieve en strafrechtelijke sancties van dien.
(*) De verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger is wettelijk verplicht deze verklaring in te dienen bij SMA Neutra. Door deze verklaring in te vullen, verstrekt de verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger met name persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid, die verband houden met een ziekenhuisopname of een ernstige ziekte, met als doel de vergoeding te verkrijgen van de kosten die worden gedekt door de afgesloten ziekenhuisverzekering.
De vrije en geïnformeerde toestemming van de verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger is onontbeerlijk voor de verwerking door SMA Neutra van deze persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid.
De verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger kan te allen tijde vragen om de gegevens te raadplegen, te wijzigen of te verwijderen, alsook de gegeven toestemming intrekken, zonder dat dit een invloed heeft op de reeds uitgevoerde verwerkingen.
nHiervoor moet een schriftelijk, gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart, worden gestuurd naar SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Luik. Voor opmerkingen of vragen kunt u contact opnemen met onze functionaris voor gegevensbescherming via protection_donnees@neutrahospi.be. U kunt ook onze Verklaring inzake de bescherming van persoonsgegevens raadplegen op onze website www.neutrahospi.be/vie-privee. Bij aanhoudende ontevredenheid kunt u contact opnemen met de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), Persstraat 35 te 1000 Brussel.