Aanvraag tot terugbetaling van tandheelkundige zorg

In te vullen door de verzekerde

Ik, ondergetekende,

☐ ga akkoord ☐ gaat 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 verzekeringnemer

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

Voornaam*: .....

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

Straat: .....

Nummer: ..... Doos: ..... Postcode: .....

Stad: ..... Landen: .....

Telefoonnummer: .....

E-mailadres: .....

IBAN-nummer **(Verplicht)**: ..... BIC-nummer: .....

Verplichte informatie

Behandelingsperiode (Verplicht): van ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / ..... (Max. 3 maanden)

In te vullen indien de aanvraag tot tussenkomst het gevolg is van een ongeval

A) Datum van het ongeval: .....

B) Is er tussenkomst van een andere verzekeringsmaatschappij?

☐ Ja (naam van de maatschappij vermelden): .....

☐ Nee

Om mijn terugbetaling te vergemakkelijken, machtig ik SMA Neutra om bij mijn mutualiteit de details op te vragen van de factuur die door de verplichte verzekering wordt terugbetaald en verbind ik mij ertoe de facturen en/of het standaardformulier in verband met deze aanvraag door te sturen. Zonder deze informatie kan de terugbetaling niet worden uitgevoerd.

Gewaarmerkt als waar en authentiek,

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

(*) De behandelde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger is wettelijk verplicht deze verklaring in te dienen bij SMA Neutra. Door deze verklaring in te vullen, verstrekt de behandelde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger met name persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid, met als doel de vergoeding te verkrijgen van de kosten die worden gedekt door de afgesloten tandartsverzekering.

De vrije en geïnformeerde toestemming van de behandelde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger is onontbeerlijk voor de verwerking door SMA Neutra van deze persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid.

De behandelde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger kan te allen tijde vragen om de gegevens in te zien, te wijzigen of te verwijderen, en de gegeven toestemming intrekken, zonder dat dit gevolgen heeft voor reeds uitgevoerde verwerkingen. Hiervoor 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 of 04/254.58.91. 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.