



Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE

N° d'entreprise : 0472.020.311

Tél. : 04 254 54 90

Fax : 04 254 54 37

Email : [Info@neutrahospi.be](mailto:Info@neutrahospi.be)

Site web : [www.neutrahospi.be](http://www.neutrahospi.be)

## EN RAISON DE LA CRISE DU CORONAVIRUS ET A LA DIFFICULTE D'OBTENIR LE CERTIFICAT MEDICAL, NOUS AVONS ADAPTE NOS DOCUMENTS LE TEMPS DE LA CRISE.

CE DERNIER N'EST DONC PAS OBLIGATOIRE POUR LE MOMENT. LA DECLARATION  
EST PAR CONTRE TOUJOURS NECESSAIRE. VEILLEZ A BIEN INDIQUER LA RAISON  
MEDICALE SUR CELLE-CI SANS QUOI NOUS SERONS DANS L'OBLIGATION DE VOUS LA  
RETOURNER.

### DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

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 case ci-dessous est à cocher si vous donnez votre consentement.

Je soussigné, la personne soignée ou son représentant, consent au traitement de mes données à caractère personnel relatives à la santé par la SMA Neutra, transmises par moi-même ou ma mutualité, dans le cadre des finalités définies.

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, une demande écrite, datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité, doit être envoyée à la SMA Neutra, Rue de Joie 5 à 4000 Liège. Pour toutes remarques ou questions, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données via [protection\\_donnees@neutrahospi.be](mailto:protection_donnees@neutrahospi.be) ou le 04/254.58.91. Vous pouvez également consulter notre Déclaration en matière de protection de données à caractère personnel sur notre site web [www.neutrahospi.be/vie-privee](http://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.

NOM ET PRENOM de la personne soignée .....

ADRESSE .....

N° TELEPHONE ..... / .....

N° NATIONAL ..... (A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE ..... (A renseigner obligatoirement)

#### OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (\*)

B) HOSPITALISATION OUI / NON (\*) DU ..... AU .....

NOM DE L'HOPITAL : ..... LOCALITE : .....  
(A renseigner obligatoirement)

C) RAISON MEDICALE DE L'HOSPITALISATION : .....  
(A renseigner obligatoirement)

D) MALADIE GRAVE OUI / NON (\*) (\*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

# DECLARATION

## POUR INTERVENTION DES FRAIS (suite)

### TRAVAILLEURS FRONTALIERS BELGES

La personne soignée bénéficie-t-elle d'un remboursement complémentaire au titre de la législation luxembourgeoise ?                      OUI / NON (\*)                      (\*) BIFFER LA MENTION INUTILE

### A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT

A) LIEU DE L'ACCIDENT

B) DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT

C) COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ?

D) NOMS, PRENOMS ET ADRESSES DES TEMOINS.

E) SI L'ACCIDENT EST IMPUTABLE A LA FAUTE D'UN TIERS : NOM, PRENOM, ADRESSE ET N° DE POLICE DU TIERS.

F) Y A-T-IL EU CONSTAT PAR UNE AUTORITE VERBALISANTE ? SI OUI, MENTIONNER LAQUELLE.

Le présent formulaire est à renvoyer à l'attention du Docteur Meurmans, médecin conseil de 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.

Certifié sincère et véritable, fait à

le

Signature,