



**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)

## 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 :** ..... **(OU VIGNETTE MUTUELLE)**

**ADRESSE :** .....

**N° TELEPHONE :** ..... / .....

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

**EMAIL :** .....

**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**

**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.**

Le présent formulaire est à renvoyer à l'attention du Docteur Meurmans, 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 fautive, 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,**

**VOIR VERSO**

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

#### Type d'accident

#### Que faut-il compléter

- |  |                 |
|--|-----------------|
| ➤ Accident de vie privée                 | Rubrique A      |
| ➤ Accident du travail, sportif, scolaire | Rubrique A et B |
| ➤ Accident avec tiers responsable        | Rubrique A et C |

#### **A. Description claire et précise de l'accident et du dommage corporel**

Lieu des faits (adresse exacte) : .....

Circonstances claires et précises des faits : .....

Nature des lésions : .....

#### **B. Accident de travail, accident sportif, ou accident 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 de votre contrat.*

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

Numéro de police : .....

Numéro de sinistre : .....

#### **C. Accident avec tiers responsable (de la route, coup et blessures volontaires, animaux...)**

Un procès-verbal a-t-il été dressé : OUI / NON (\*) (\*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

Numéro de PV : .....

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

Estimez-vous être responsable de l'accident ? OUI / NON (\*) (\*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

Nom de la compagnie d'assurance du tiers responsable : .....

Numéro de police : .....

Numéro du sinistre : .....

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 fautive, 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,**