

DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Coordonnées

(*) Je soussigné, 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.

NOM ET PRENOM de la personne soignée : _____

ADRESSE : _____

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

N° TELEPHONE : _____

@MAIL : _____

COMPTE BANCAIRE : _____ **(A renseigner obligatoirement)**

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)

**Ou coller une vignette
mutuelle**

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

HOSPITALISATION DU (*) _____ AU _____

OU HOSPITALISATION DE JOUR DU _____

NOM DE L'HOPITAL (*) : _____ LOCALITE (*) : _____

RAISON MEDICALE DE L'HOSPITALISATION (*) : _____

Si votre hospitalisation est liée à un accident, veuillez nous retourner la déclaration d'accident en annexe dûment complétée, datée et signée.

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.

(*) à renseigner obligatoirement

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

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Instructions à l'attention des assurés – A NE PAS COMPLETER

Merci de veiller à ce que les points ci-dessous soient complétés :

DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Coordonnées

(*) Je soussigné, la personne soignée ou son représentant légal, **1**

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.

NOM ET PRENOM de la personne soignée : _____

ADRESSE : _____ **2**

N° NATIONAL : _____ (A DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : _____ / _____

@MAIL : _____

COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE : _____ **3** (A renseigner obligatoirement)

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)

Coller la vignette mutuelle

1) Merci de **TOUJOURS** cocher l'une des deux cases proposées, relatives au traitement de vos données.

2) Indiquer vos coordonnées ou coller une vignette mutuelle à l'endroit prévu à cet effet.

3) Le numéro de compte sur lequel vous souhaitez être remboursé doit **TOUJOURS** être mentionné.

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

B) HOSPITALISATION OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES **4**

DU : _____ AU _____

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

C) RAISON MEDICALE DE L'HOSPITALISATION : _____ **5**

(A renseigner obligatoirement)

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

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

4) Veuillez barrer la mention inutile

5) Vous devez **TOUJOURS** mentionner une raison médicale précise (intervention chirurgicale, raison médicale, opération, etc... ne sont pas suffisantes)

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

Je déclare sur honneur que toutes les données figurant sur la présente sont complètes, correctes et conformes à la réalité. J'ai conscience que cette 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, le _____ **6** Signature

6) Vous devez **TOUJOURS** dater et signer le document.

(*) 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, 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 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. L'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, peut être contactée en cas d'insatisfaction persistante.

(*) 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, 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 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. L'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, peut être contactée en cas d'insatisfaction persistante.



DECLARATION D'ACCIDENT

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Coordonnées

NOM ET PRENOM de la personne soignée : _____

ADRESSE : _____

N° NATIONAL : _____
(A DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

**Ou coller une vignette
mutuelle**

@MAIL : _____

Type d'accident

- Accident de vie privée
- Accident du travail, sportif, scolaire
- Accident avec tiers responsable

Que faut-il compléter

- Rubrique A
- Rubriques A et B
- Rubriques A et C

A. 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 : _____

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 : _____

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

C. Accident avec tiers responsable (de la route, coups 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 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.

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

Certifié sincère et véritable, fait à

le

Signature