



Remboursement assurance hospitalisation suite décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DECEDEE

NOM ET PRENOM: _____

ADRESSE : _____

N° INSCRIPTION : _____

DATE DE DECES : _____

ADRESSE MAIL : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HERITIERE

NOM ET PRENOM: _____

ADRESSE : _____

N° CARTE D'IDENTITE : _____

MODE DE REMBOURSEMENT

VIREMENT AU COMPTE IBAN : _____

Veillez nous fournir une copie de la carte bancaire ou d'un extrait de compte.

Fait à :

Date :

Signature :

Veillez nous fournir la preuve que vous êtes bien un(e) héritier(ière) via :

- soit un certificat d'hérédité (SPF Finances)
- soit un acte de notoriété (juge de paix de la commune de l'héritier)
- soit acte notarié d'hérédité

Les données à caractère personnel traitées par la SMA Neutra le sont conformément aux exigences du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous pouvez faire part de toute interrogation au sujet de cette réglementation au Délégué à la Protection des Données de la SMA, joignable au 04/254.58.91, par courriel à protection_donnees@neutrahospi.be et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 LIEGE. La Déclaration en matière de protection des données à caractère personnel de la SMA Neutra est consultable sur son site web à l'adresse www.neutrahospi.be.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra