

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES

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 DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : _____ / _____

@MAIL : _____

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

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

A) DATE DE L'ACCIDENT : _____

B) Y-A-IL INTERVENTION D'UN AUTRE ORGANISME ASSUREUR ? OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

Si oui, mentionner le nom de la compagnie : _____

Afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA Neutra à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire et m'engage à transmettre les factures et/ou formulaire uniformisé lié(s) à cette demande. Sans cela, le remboursement ne pourra être effectué.

Certifié sincère et véritable,

Fait à

le

Signature

(*) 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**, et ce, dans le but d'obtenir le remboursement des frais couverts par l'assurance dentaire 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.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de joie 5 – 4000 Liège
T +32 4 254 54 90

N° entreprise : 0472.020.311
Agréé par l'OCM : N°250/2

info@neutrassur.be
www.neutrassur.be