



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
Site web : www.neutrahospi.be

DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

La personne soignée ou son représentant légal doit statutairement soumettre la présente déclaration à la SMA Neutra. En complétant la présente déclaration, la personne soignée ou son représentant légal **consent librement** à :

- communiquer des données relatives à la santé et aux frais liés à une hospitalisation ou une maladie grave dans le but d'obtenir le remboursement des frais couverts par l'assurance hospitalisation souscrite ;
- autoriser la SMA Neutra à traiter ces données dans ce but uniquement, conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel.

La personne soignée ou son représentant légal peut à tout moment demander à consulter ces données, modifier ou supprimer celles-ci 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 en envoyant un courriel à l'adresse suivante :

vie-privee@neutrahospi.be ou en téléphonant au 04/254.58.91. Vous pouvez également consulter notre politique en matière de protection de données sur notre site web www.neutrahospi.be/vie-privee. Si vous n'êtes pas satisfaits, vous pouvez contacter l'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles.

NOM ET PRENOM de la personne soignée

ADRESSE

N° TELEPHONE /

N° NATIONAL (A DEFAULT, 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) MALADIE GRAVE OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

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.

Certifié sincère et véritable, fait à le Signature,

Agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités, Avenue de l'Astronomie 1 à 1210 Bruxelles, sous le n° 250/2



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
Site web : www.neutrahospi.be

CERTIFICAT MEDICAL

A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN SPECIALISTE OU GENERALISTE

Je soussigné(e) (1)

déclare que (2)

est en traitement depuis le (3) Pour ouverture dossier
Maladies Graves

pour (4)

Hospitalisation du au

doit être opéré(e) / a été opéré(e) (*) le

Codification I.N.A.M.I. :

Fait à, le

Signature et cachet du médecin
.....

(1) Nom, prénom et adresse du médecin.

(2) Nom, prénom et adresse du patient.

(3) Date à laquelle l'affection a été constatée la première fois.

(4) Indication de la nature de l'affection.