

Demande d'intervention NEUTRA

(*Je, soussigné(e), 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 ou date de naissance : _____

N° TELEPHONE : _____

@MAIL : _____

COMPTE BANCAIRE : _____ (A renseigner obligatoirement)

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

HOSPITALISATION DU _____ AU _____

OU HOSPITALISATION DE JOUR DU _____

NOM DE L'HOPITAL : _____ LOCALITE : _____

RAISON MEDICALE DE L'HOSPITALISATION : _____

CETTE HOSPITALISATION EST LIEE A UN ACCIDENT : Oui Non

MALADIE GRAVE : Oui Non

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.

(*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. 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.

Nom et prénom du signataire _____

Certifié sincère et véridique, fait à _____ le _____ **Signature**

Renseignements à fournir uniquement en cas d'accident

Cause : Vie privée Scolaire Sportif Circulation Travail

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 : _____

Existe-il un autre contrat susceptible de prendre en charge ce sinistre ? Oui Non

B. A compléter en cas d'accident de travail, sportif, ou 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 et particulières de votre contrat.

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

Numéro de police : _____

Numéro de sinistre : _____

C. A compléter si la responsabilité d'un tiers peut être engagée

Un procès-verbal a-t-il été dressé : Oui Non

Numéro de PV : _____

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

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.

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

Nom et prénom du signataire _____

Certifié sincère et véritable, fait à _____ le **Signature**

Société Mutualiste d'Assurances Neutra