



Verzekeringsmaatschappij Van Onderlinge Bijstand Neutra

Rue de Joie 5, 4000 LUIK

Ondernemingsnummer : 0472.020.311

Tel. : 04 254 54 90

Fax : 04 254 54 37

Email : Info@neutrahospi.be

Webside : www.neutrahospi.be

Aanvraag tot tussenkomst voor tandzorg

(Voor alle tandzorg vanaf 1 januari 2014)

De verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger dient in overeenkomst met de statuten deze verklaring voor te leggen aan het SMA Neutra. Door deze verklaring in te vullen stemt de verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger vrijelijk tot het volgende toe :

- de gegevens te communiceren met betrekking tot de gezondheid en de kosten gerelateerd aan tandzorg om de terugbetaling te verkrijgen van de kosten die gedekt zijn door de afgesloten hospitalisatieverzekering ;
- het SMA Neutra te machtigen om deze gegevens uitsluitend voor dit doel te verwerken, in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens.

De verzorgde persoon of zijn wettelijke vertegenwoordiger kan te allen tijde verzoeken deze gegevens te raadplegen, te wijzigen of te verwijderen en de gegeven toestemming in te trekken zonder dat dit gevolgen heeft voor de reeds uitgevoerde gegevensverwerking. Hiervoor dient een schriftelijk, gedateerd en ondertekend verzoek, vergezeld van een kopie van de identiteitskaart, gestuurd te worden aan het SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Luik. Voor opmerkingen of vragen kunt u contact opnemen met onze functionaris voor gegevensbescherming door een e-mail te sturen naar het volgende adres:

vie-privee@neutrahospi.be of door te bellen naar 04/254.58.91. U kunt ook ons gegevensbeschermingsbeleid raadplegen op onze website www.neutrahospi.be/vie-privee. Als u niet tevreden bent, kunt u contact opnemen met de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), Rue de la Presse 35, 1000 Brussel.

Om voor terugbetaling in aanmerking te komen, dient dit document volledig ingevuld te worden en ons toegestuurd worden samen met de kwitantie van de mutualiteit indien de zorgen door het R.I.Z.I.V. terugbetaald worden.

In te vullen door het lid

Naam :

Voornaam :

Rijksregisternummer :

Adres :

Bankrekeningnummer – IBANnummer : (verplicht te vermelden)

Datum:

Handtekening:

Of breng hier een kleefzegel aan

In te vullen door de zorgverstrekker

Gelieve enkel de zones in te vullen die van toepassing zijn.

Preventieve tandzorg (verzekerde nomenclaturenummers : 301254-301265 en van 301593 tot 302245)

Nomenclaturenummers vermelden :

Datum behandeling :

Tandprothese (verzekerde nomenclaturenummers : van 306832 tot 306946 en van 307731 tot 308162)

Nomenclaturenummers vermelden :

Datum behandeling :

	Supplement voor skeletale prothese	Kroon	Implantaat
Aantal			
Bedrag ten laste van de patiënt			
Datum behandeling			

Datum :

Handtekening :

Stempel :