



# DECLARATION

## POUR INTERVENTION DANS LES FRAIS

Société Mutualiste d'Assurances  
Agréée par l'O.C.M. sous le n° 250/2  
N° d'entreprise : 0472.020.311

NOM et PRENOM de la personne soignée .....

ADRESSE .....

N° TELEPHONE .....

N° NATIONAL ..... (à défaut, la date de naissance)

COMPTE BENEFICIAIRE : IBAN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ BIC.....

### **OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION** ((\* Biffer les mentions inutiles)

- A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (\*)
- B) HOSPITALISATION OUI / NON (\*) du \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ au \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_
- C) MALADIE GRAVE OUI / NON (\*)

### **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 .....
- .....

La S.M.A. Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données que vous communiquez à la S.M.A. Neutra sont utilisées dans le cadre de l'intervention de votre assurance Neutra et ne sont transmises qu'au personnel chargé de traiter votre dossier. Toute personne dont les données sont traitées peut consulter ses données personnelles, les faire corriger ou, si elle a de bonnes raisons, les faire supprimer, au moyen d'une demande datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité à envoyer à la S.M.A. Neutra. Par la présente déclaration, j'autorise la S.M.A. Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Certifié sincère et véritable.

Fait à ....., le ..... Signature .....



# CERTIFICAT MEDICAL

**Société Mutualiste d'Assurances**  
Agréée par l'O.C.M. sous le n° 250/2  
N° d'entreprise : 0472.020.311

Je soussigné(e) ..... (1)

.....

déclare que ..... (2)

.....

est en traitement depuis le ..... (3)

pour ..... (4)

.....

Hospitalisation : du ..... au .....

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

Codification INAMI : .....

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
- (\*) *Biffer la mention inutile*