



Société Mutualiste d'Assurances
reconnue par l'OCM
sous le n°250/2



Agent d'assurances reconnu
par l'OCM sous le n°2005c

DECLARATION

POUR INTERVENTION DES FRAIS – **CONVENTION HOPITAUX**
(à compléter par l'affilié)

NOM ET PRENOM de la personne soignée	
ADRESSE	
N° TELEPHONE	
N° NATIONAL (A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)	
COMPTE FINANCIER (A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)	
<u>OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION</u>	
A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (*)	
B) HOPITALISATION OUI / NON (*) DU AU	
NOM DE L'HOPITAL : LOCALITE :	
(A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT)	
C) MALADIE GRAVE OUI / NON (*)	(*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES
<u>A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT</u>	
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 SMA Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi loi du 8 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 SMA 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 SMA Neutra. Par la présente déclaration, j'autorise la SMA Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Certifié sincère et véridible. Fait à le Signature :



Société Mutualiste d'Assurances
reconnue par l'OCM
sous le n°250/2



Agent d'assurances reconnu
par l'OCM sous le n°2005c

CERTIFICAT MEDICAL

(à compléter par le médecin)

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 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.