



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



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

## **Remboursement assurance hospitalisation suite à un décès**

### Identification de la personne décédée

Nom : .....

Prénom : .....

NISS : .....

Date du décès : .....

### Identification de la personne héritière

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Localité : .....

N° de carte d'identité : .....

### Mode de paiement

Virement au compte IBAN : .....

La SMA Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la 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 demande, j'autorise la SMA Neutra à traiter mes données personnelles et les données médicales de la personne décédée.

Fait à : ..... Date : ..... Signature : .....

Veillez nous fournir la preuve que vous êtes bien un(e) héritier(ière) (uniquement si vous n'êtes pas le conjoint survivant) :

- Soit un certificat d'hérédité (administration communale du lieu de résidence du défunt)
- Soit un acte de notoriété (juge de paix de la commune de l'héritier)
- Soit un acte notarié d'hérédité ou un acte de notoriété (notaire)
- Soit un certificat d'hérédité (bureau de l'enregistrement chargé de gérer le dossier de succession du défunt)
- Soit un extrait de naissance de l'héritier (uniquement si enfant du défunt)