

## Demande d'intervention HPLUS 100/200/Franchise

### À compléter par l' assuré(e) ou son représentant légal

Veillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec les factures originales, l'attestation médicale et le rapport d'hospitalisation.  
Les champs obligatoires sont marqués d'une (\*).

#### Données personnelles

Complétez ou collez une vignette bleue :

**Numéro de registre national (\*):** \_\_\_\_\_

**Nom + prénom (\*):** \_\_\_\_\_

**Rue + numéro (\*):** \_\_\_\_\_

**Code postal + commune (\*):** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**GSM :** \_\_\_\_\_

**E-mail :** \_\_\_\_\_

Si vous désirez recevoir le paiement sur un compte différent du compte connu par la mutualité, merci de remplir ici les données du nouveau compte. Le nouveau compte communiqué sera utilisé à l'avenir pour toutes les interventions HOPITAL-PLUS. Il est impossible d'effectuer uniquement un remboursement sur un compte différent.

IBAN: .....

BIC: .....

Êtes-vous couvert par une autre assurance hospitalisation ? (\*)

OUI  NON

Nom de l'assureur (\*): \_\_\_\_\_ Numéro de police (\*): \_\_\_\_\_

#### Raison de votre demande d'intervention (\*):

Hospitalisation avec nuitée à cause d'un(e) :

- Maladie
- Grossesse
- Accident
- Intervention esthétique

Hospitalisation sans nuitée :

- Avec intervention chirurgicale
- Sans intervention chirurgicale

Traitement ambulatoire d'une maladie grave, nommément : \_\_\_\_\_

Durée de l'hospitalisation ou du traitement (\*): du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

### Informations supplémentaires (obligatoire en cas d'hospitalisation pour cause d'accident) :

Nature de l'accident :  domestique  de la route  sport  travail  école  autres : \_\_\_\_\_

En cas d'accident sportif : Quel sport? \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

L'accident, est-il couvert par une autre assurance ?  OUI  NON

Êtes-vous personnellement responsable de l'accident ?  OUI  NON

• Sinon, quel est le nom du tiers responsable? \_\_\_\_\_

• Qui est l'assureur du tiers responsable? \_\_\_\_\_

### Consentement de traitement des données à caractère personnel

*(Concerne uniquement les personnes qui n'ont pas donné leur consentement au moment de leur affiliation ou celles qui ne savent pas si elles ont déjà donné leur consentement)*

En cochant la case ci-dessous, vous consentez au traitement de vos données à caractère personnel. Vos droits sont décrits dans la politique en matière de vie privée figurant dans la fiche d'information de l'entreprise que vous pouvez consulter sur notre site web.

**J'autorise la SMA Hôpital Plus à traiter les données relatives à ma santé en vue et dans le cadre de l'exécution et la gestion de mon contrat d'assurance.**

**J'autorise la SMA Hôpital Plus à demander, au besoin, à ma mutualité des renseignements sur les remboursements ayant eu lieu dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire, en vue d'un traitement correct de mon sinistre.**

(\*) Faites le ..... / ..... / ..... , à \_\_\_\_\_

(\*) Signature de l'assuré ou son représentant légal :