

## Demande d'intervention Hôpital Plus Continuité

**Veillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec une copie des factures et le décompte de votre assurance collective.  
Les champs obligatoires sont marqués d'une (\*).**

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

#### 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: .....

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

- Hospitalisation avec nuitée :  
Durée de l'hospitalisation : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
- Hospitalisation sans nuitée :
  - Avec intervention chirurgicale
  - Sans intervention chirurgicaleDate de l'hospitalisation : ..... / ..... / .....

**Veillez lire la déclaration sur l'honneur et signer le document au verso de cette page.**

**Je déclare sur l'honneur que l'hospitalisation pour laquelle je demande une intervention d'Hôpital Plus Continuité, ne découle pas d'une des exceptions suivantes:**

- les accidents ou maladies ne pouvant être constatés par un examen médical ;
- les accidents ou maladies ne pouvant être attestés par une prescription médicale ;
- les traitements esthétiques et les cures de rajeunissement, à l'exception des interventions chirurgicales réparatrices suite à une maladie ou un accident assurés ;
- les maladies ou accidents ayant une origine de cause à effet suite à une intoxication alcoolique, un état d'ébriété, l'usage de produits dopants, de narcotiques ou de stupéfiants sans prescription médicale, sauf si l'assuré peut prouver qu'il les a pris par ignorance ou sous la contrainte d'un tiers ;
- les maladies ou accidents suite à l'alcoolisme, la dépendance ou l'usage exagéré de médicaments ;
- la stérilisation, les traitements contraceptifs, l'insémination in vitro, la fécondation in vitro (FIV) ;
- les échauffourées, guerres civiles ou autres actes de violence d'origine politique, idéologique ou sociale qui vont de pair ou non avec la révolte contre l'autorité ou toute autre autorité reconnue, sauf si l'assuré n'y a pas participé activement ou a agi en légitime défense ;
- activités sportives payées, exercices d'activités aériennes ou motorisées et l'exercice d'activités sportives dangereuses y compris l'entraînement ;
- les actes intentionnels de l'assuré, sauf s'il peut prouver qu'il a agi pour sauver des personnes ou des biens. L'acte intentionnel sera retenu si l'assuré s'est rendu sciemment et volontairement coupable d'un acte ayant causé des dommages prévisibles. Toutefois, il n'est pas nécessaire que l'assuré ait également eu l'intention de causer les dommages tels qu'ils se sont produits ;
- les délits ou crimes, actes téméraires, paris ou défis ;
- les suites directes ou indirectes de produits radioactifs ou de l'accélération artificielle de particules atomiques, à l'exception de l'utilisation de produits radioactifs pour des raisons médicales ;
- les mutilations volontaires ou (les tentatives de) suicide ;
- les accidents où l'assuré fait partie de l'équipage d'un véhicule aéroporté ou exerce, pendant le vol, des activités professionnelles ou autres relatives à l'appareil ou au vol.

**Consentement** (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) :

- 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 :**