

Demande d'intervention Hospi Forfait Base/Plus

Date de réception :

Veillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec les factures originales.
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 de Forfait Base/Plus, 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, 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 anticonceptionnels, l'insémination in vitro, l'insémination artificielle et les cures thermales ;
- Les faits de guerre, 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 ;
- Les actes intentionnels de l'assuré, sauf s'il peut prouver qu'il a agi pour sauver des personnes ou des biens ;
- Les délits ou crimes, actes téméraires, paris ou défis commis par l'assuré ;
- 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 :