

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 (*):

Acompte versé à l'hôpital

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

Maladie

Accident

Grossesse

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 / /

Hôpital (*): _____

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 et son assureur? _____

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 :