

déclaration pour intervention SOINS DE SANTÉ

ethias
ASSURANCE

Dossier n° _____

À retourner à : Ethias, rue des Croisiers 24, B-4000 Liège

À compléter par le déclarant

1 AFFILIÉ

Nom et prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Lieu et date de naissance : _____ - _____ - _____

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____

N° téléphone privé _____ e-mail : _____

GSM _____ N° téléphone employeur _____

Votre n° de compte _____ - _____ - _____

Votre numéro d'affiliation à Ethias (en soins de santé) : _____

Date d'affiliation _____ - _____ - _____

Organisme intermédiaire de l'affiliation à Ethias (s'il y a lieu) : _____

Avez-vous une assurance hospitalisation auprès d'un autre organisme ? oui non

Si oui, nom et adresse de cet organisme : _____

2 IDENTITÉ DU PATIENT

Nom et prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Lieu et date de naissance : _____ - _____ - _____

Lien de parenté avec l'affilié : _____

3 OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

Intervention chirurgicale oui non Hospitalisation oui non Maladie grave oui non

4 À COMPLÉTER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

Lieu de l'accident (commune, rue et n° s'il y a lieu) : _____

Date de l'accident _____ jour _____ heure _____ h _____

Comment s'est produit l'accident ?
(Description aussi concise et exacte que possible des circonstances de l'accident) : _____

Nom, prénom et adresse complète des principaux témoins de l'accident :

1) _____

2) _____

Si l'accident est imputable à la faute d'un tiers, nom et adresse complète de celui-ci : _____

Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée

Fait à _____ le _____
Signature du déclarant,

Apposer ici une vignette mutuelle

Je soussigné :
(nom, prénom, et adresse du médecin)

déclare que M
.....

est en traitement depuis le |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

pour (indication de la nature de l'affection) :

doit être hospitalisé ou opéré le |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

a été hospitalisé ou opéré le |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

Codification I.N.A.M.I. :

Fait à

le

Signature du médecin,

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale. Vous opposez-vous à cette utilisation ?

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Ethias, de ces missions.

Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias - Service 1100 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 32 50 - plaintes.col@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - ombudsman@upea.be
- Office de Contrôle des Assurances - avenue de Cortenbergh 61 - 1000 Bruxelles - fax 02 736 88 17.

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.