



Société Mutualiste d'Assurances (SMA)  
Rue de Livourne 25 – 1050 Bruxelles  
Numéro d'entreprise 0471.459.194  
Numéro d'agrément entreprise d'assurances: 450/01

## DEMANDE D'INTERVENTION Hospi Forfait Base/Plus

Veuillez 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 chirurgicale

Date de l'hospitalisation : ... .. / ... .. / ... ..

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

Champ réservé à la mutualité

Cachet de réception

Champ réservé à Hôpital Plus

Cachet de réception

**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.

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

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