

DEMANDE D'OCTROI DE LA GARANTIE MALADIES GRAVES

(à renvoyer au médecin attaché au service médical de la SMA auprès de votre mutualité)

Je soussigné(e),

Nom :
(nom de jeune fille s'il s'agit d'une femme mariée)

Prénom :

Adresse : N° Bte

Code postal : Localité :

Apposez ici une vignette de la mutualité

déclare par la présente être atteint(e) d'une des maladies graves reprises aux conditions générales d'HOSPITALIA PLUS et demande l'intervention de mon assurance pour les frais médicaux y relatifs pour une période d'un an.

Il s'agit d'une :

première demande d'octroi de la garantie pour une durée d'un an (*)

je joins un rapport médical mentionnant

- la nature de la maladie

- la date de la pose du diagnostic

demande de prolongation d'un an (qui suit la période précédente)

je joins un rapport médical mentionnant l'évolution de la maladie grave

Par la présente et afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA «Mutuelle Entraide Hospitalisation» à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire.

Fait à le

Signature :

(*) La première période d'un an commence à courir à la date du rapport médical sauf si l'attestation date de plus de 6 mois avant la date de réception par le conseiller médical d'Hospitalia. Dans ce cas, on remontera max. 6 mois en arrière, à partir de la date de réception, pour fixer la date de début de l'accord.

Réservé à la SMA. Produit :

Date de fin du stage