Demande d'octroi de la Garantie Maladies Graves

PARTENA mutualité libre — Hospitalia

Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

La Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent

Davantage d'informations?
www.partena-mutualite.be

Je soussigné(e), preneur d'assurance,

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Vignette de la mutualité

déclare par la présente :

être atteint(e) d'une des maladies graves reprises aux conditions générales d'Hospitalia 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[1]
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.

Fait à : ..... , le ..... / ..... / .....

Signature :

[1] 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, nous remonterons maximum 6 mois en arrière, à partir de la date de réception, pour fixer la date de début de l'accord.

Partena-OZV est un agent d'assurances (n° OCM 5006c) pour 'MLOZ Insurance', la SMA des Mutualités Libres, (Route de Lennik 788 A, 1070 Bruxelles - RPM Bruxelles, 422.189.629) agréé sous le n° OCM 750/01 (pour les branches 2 et 18).

HW13011D0000000560208800