



0 0 7 0 8 5 6 9 1 0 0 0 0 0 0

## Demande de reconnaissance d'une maladie grave AMBUMUT PLUS

(à renvoyer à SOLIDARIS BRABANT ASSURANCES, rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles)

Nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro d'affiliation :

Je demande la reconnaissance d'une des maladies graves reprises dans les conditions générales de l'assurance 'Ambumut Plus'. Une fois la maladie reconnue comme 'grave' par le médecin-expert de la SMA Solidaris Brabant, la garantie est acquise pour une période de 6 trimestres consécutifs. La garantie prévoit l'indemnisation des frais de soins et de traitements ambulatoires nécessaires au diagnostic et au traitement de cette maladie grave.

### Il s'agit d'une :

- première demande d'octroi de la garantie\*  
*Je joins un rapport d'examen biologique, anatomopathologiques, d'imagerie médicale ou d'autres examens techniques*
- demande de prolongation (qui suit la période précédente)  
*Je joins un rapport médical certifiant l'évolution de la maladie grave*

Fait à ....., le .....

Signature

\* Pour rappel, le diagnostic doit avoir été posé après votre affiliation à votre assurance

## Questionnaire à remplir par le médecin

Nom et prénom de l'assuré : .....

Numéro d'affiliation :

### Veillez sélectionner la maladie :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer                                | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale nécessitant une dialyse |
| <input type="checkbox"/> Leucémie                              | <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer                         |
| <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie suite à une hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie de Pompe                            |
| <input type="checkbox"/> Sclérose en plaque                    | <input type="checkbox"/> Encéphalite                                 |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson                  | <input type="checkbox"/> thyphus exanthématique                      |
| <input type="checkbox"/> Sclérose amyotrophique latérale       | <input type="checkbox"/> Tétanos                                     |
| <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire                 | <input type="checkbox"/> malaria                                     |
| <input type="checkbox"/> Sclérodermie                          | <input type="checkbox"/> tuberculose                                 |
| <input type="checkbox"/> Sarcoidose                            | <input type="checkbox"/> fièvre typhoïde et parathyphoïde            |
| <input type="checkbox"/> Méningite                             | <input type="checkbox"/> diphtérie                                   |
| <input type="checkbox"/> SIDA                                  | <input type="checkbox"/> maladie de charbon                          |
| <input type="checkbox"/> Diabète Insulo-dépendant              | <input type="checkbox"/> variole                                     |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie                            | <input type="checkbox"/> brucellose poliomyélite                     |
| <input type="checkbox"/> Rectocolite et maladie de Crohn       | <input type="checkbox"/> maladie de Creutzfeldt-Jacob                |
| <input type="checkbox"/> Mucoviscidose                         | <input type="checkbox"/> Ebola                                       |

Date du diagnostic : .. / .. / ....

Date d'apparition des premières manifestations : .. / .. / ....

Depuis quand traitez-vous l'assuré(e) pour cette maladie ? .. / .. / ....

Date : .. / .. / ....

Signature et cachet du médecin :

Les données personnelles contenues dans le présent document seront traitées par la SMA Solidaris Brabant en vue de l'exécution de sa mission en matière d'assurance facultative, conformément aux dispositions de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire. Vous disposez d'un droit d'accès aux données personnelles qui vous concernent et de rectification de ces données. En application de la législation relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, d'un droit de rectification ou d'effacement des informations inexacts ou incomplètes, d'un droit de retrait du consentement ou de limitation du traitement et d'un droit d'opposition. Toute information complémentaire concernant le traitement de vos données peut être obtenue auprès du DPO, rue du Midi, 111, 1000 Bruxelles – dataprotection.bra@solidaris.be. Les plaintes peuvent être adressées à l'adresse mail ci-dessus ou à l'Autorité de protection des données, rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles – Tél. : 02/274 48 00 – <https://www.autoriteprotectiondonnees.be>.

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant est une entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités sous le n° 350/03 B.C.E. 0838.221.243, pouvant organiser des assurances de la branche 2 (maladie) et de la branche 18 (assistance). Compte financier : BE78 0016 5241 3386 - GEBABEBB. **Siège central** : Solidaris Brabant reconnue comme intermédiaire d'assurances n° 3001, Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles. Plaintes à introduire à : Ombudsman des assurances – Square de Meeûs 35 bte 6 à 1000 Bruxelles.