

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : .....

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

## À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE À REMBOURSER

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Numéro de compte sur lequel le paiement doit être effectué : .....

IBAN : ..... International : .....

BIC : .....

Je soussigné, père de l'enfant dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, déclare avoir payé pour celui-ci des soins de santé dont je joins l'/les attestation(s) de soins donnés (ASD) ainsi que d'autres pièces justificatives eventuelles si nécessaire.

- Je joins la copie du jugement  
 Le copie du jugement a été envoyée le : ..... / ..... / .....

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

Signature :



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.

## SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

## SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be  
www.mutualia.be  
BE47 3480 0300 8680