

## DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE GRAVE

À envoyer à Solidaritas Assurances - Médecin référent -  
**rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles ou rue Douffet, 36 - 4020 Liège ou place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert.**  
(Veuillez compléter toutes les rubriques de ce formulaire).

**Besoin d'aide ? Contactez-nous au 0800/231 00**

### A. Renseignements généraux de la personne pour qui la reconnaissance est introduite

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Compte bancaire : .....

Adresse : .....

.....

Mail : .....

Téléphone : ..... / .....

Vignette de la personne concernée

### B. Identité de la personne qui introduit la demande

À compléter uniquement si cette personne n'est pas celle mentionnée au point A.

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... / .....

La personne pour qui la demande de reconnaissance de maladie grave est introduite est-elle au courant de l'existence de sa maladie ?

non     oui.

Si non, tout courrier sera envoyé à la personne renseignée au point B.

### C. Signature

Je certifie mes déclarations exactes et sincères et m'engage à tout mettre en oeuvre pour fournir à Solidaritas Assurances toute information relative à mon état de santé, dans les plus brefs délais. J'autorise spécialement et expressément la société mutualiste Solidaritas Assurances à traiter les données médicales relatives à mon dossier, conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 et, le cas échéant, à communiquer ces dernières à un praticien de l'art de guérir, désigné par Solidaritas Assurances, de même qu'à ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances aux fins de la gestion de mon dossier.

Fait à : .....

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

Signature :

Le verso de ce document est à remplir par un médecin.  
**Un rapport descriptif de la prise en charge réalisée et en cours doit être obligatoirement joint.**

## D. Questionnaire à remplir par le médecin

Liste des maladies couvertes par l'assurance Ambulatoire Maladies Graves :

Alzheimer, Cancer, Charbon, Choléra, Diabète de type I, Diphtérie, Encéphalite, Fièvre typhoïde et paratyphoïde, Insuffisance rénale nécessitant une dialyse, Leucémie, Maladie de Crohn, Maladie de Hodgkin, Méningite cérébro-spinale, Mucoviscidose, Myélofibrose, Myopathies progressives héréditaires, Le Parkinson, Poliomyélite, Rectocolite, Sclérose en plaques, Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), Sida, Tétanos, Tuberculose active, Typhus exanthématique, Variole.

Description précise de l'affection actuelle : .....

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

Identité et adresse du (des) médecin(s) s'occupant de l'affilié(e) pour cette affection :

Depuis quand traitez-vous l'assuré pour cette maladie ? .....

Identité et cachet du médecin : .....

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

Signature :

**Un rapport descriptif de la prise en charge réalisée et en cours  
doit être obligatoirement joint.**

Afin de conserver la confidentialité de ces documents, veuillez adresser ceux-ci à l'attention du médecin référent du service Solidararis Assurances - rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles ou rue Douffet, 36 - 4020 Liège ou place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert

**CASE réservée à Solidararis Assurances**

Octroi de la reconnaissance maladie grave :  Oui  Non

Début de la reconnaissance : ...../...../.....

Code de la maladie grave : .....

**Les informations à caractère personnel qui sont demandées par Solidararis Assurances seront utilisées pour la gestion du dossier Hospimut (loi du 06.08.1990 relative aux mutualités) et stockées dans ses fichiers à cette fin.**