

1. La prescription médicale
2. La facture de l'opticien ou la preuve de paiement

## OPTIQUE

### Demande d'intervention dans le cadre de l'Assurance Complémentaire

#### COORDONNÉES DU CLIENT (écrire en majuscule ou collez une vignette d'identification)

N° de registre national : \_\_\_\_\_  
N° d'affiliation : 527/ \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Rue : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Collez ici une vignette

#### À COMPLÉTER PAR L'OPTICIEN :

Je soussigné, opticien, déclare avoir procuré, à l'affilié dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, la (les) fourniture(s) suivant(s) au bénéficiaire :

Une monture de lunettes  et/ou des lentilles ou verres, montant payé : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ €

Date de la fourniture : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet de l'opticien

L'intervention est octroyée à tout bénéficiaire, à raison de maximum 50 € tous les 3 ans.

L'intervention est octroyée pour autant que le bénéficiaire soit en règle de cotisations en Assurance Complémentaire.

Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'Assurance Complémentaire valables à partir du 01/01/2013.

Les données collectées sont utilisées pour le suivi de votre demande et sauf opposition de votre part, à des fins d'information sur les activités et services de Partenamut. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données, en vous adressant au responsable du traitement : Partenamut, bd Anspach 1 - 1000 Bruxelles. Partenamut N° d'entreprise 0411.776.579, agent d'assurances (n° OCM 5007c) pour la Société Mutualiste d'Assurance (SMA) « Mutuelle Entraide Hospitalisation », rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01)