

**VOM VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN**

ODER PLATZIERE DEINEN AUFKLEBER HIER

Name : .....  
Vorname : .....  
Nationalregisternummer : .....  
Strasse, N° : .....  
Plz, Ortschaft : .....  
Telefonnummer : .....  
Email-Adresse : .....

**DURCH DEN KIEFERORTHOPÄDEN AUSZUFÜLLEN**

Ich unterzeichnete (r) (Name und Vorname): .....  
erkläre für den oben genannten Patienten - mindestens 6 Monate lang eine kieferorthopädische Behandlung, ohne Genehmigung des Vertrauensarzt, durchgeführt zu haben.

Beginn der Behandlung: ...../...../.....      Erhaltener Betrag: ..... €

Datum : ...../...../.....      Unterschrift und Stempel des Kieferorthopäden:



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia». In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be) zu kontaktieren.