

**Formulaire d'intervention assurance soins de santé**

Identification du <b><i>bénéficiaire direct</i></b> (en majuscule SVP)	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	..... / ..... / .....
Adresse :	..... ..... .....
Mail de contact :	
Téléphone :	
N° de compte bancaire :	
Informations relatives à la demande	
Formule étendue bénéficiaire :	Oui - Non
Formule étendue « <i>enfants</i> » :	Oui - Non
Nom(s) et prénom(s) (enfants de 20 à 25 ans aux études)	..... .....
Date de la demande :	..... / ..... / .....
Signature :	

Cadre réservé au SSRW		
Fourniture de la preuve de paiement : Oui – Non		
Remarque(s) : .....		
Fourniture de l'attestation scolaire : Oui – Non		
Remarque(s) : .....		
Pourcentage du remboursement :	20%	40%
Montant :		
Date de clôture du dossier :	..... / ..... / .....	

**Conditions obligatoires pour obtenir le remboursement :**

- ➔ Une seule demande par an. En effet, si vous avez opté pour le fractionnement de la facturation, la demande ne pourra être introduite que lorsque la prime annuelle sera totalement payée.
- ➔ Fournir la preuve de paiement pour l'année complète en cours ;
- ➔ Fournir l'attestation de l'année scolaire en cours ***pour les enfants de 20 à 25 ans aux études*** ;
  - ➔ La demande est à adresser par mail à : [ash@ssrw.be](mailto:ash@ssrw.be)
  - OU** par courrier à : **SSRW 49, Rue DEWEZ à 5000 Namur.**

**IMPORTANT : Si le dossier n'est pas complet, il ne sera pas traité !**