

## Demande d'octroi de la Garantie Maladies Graves et/ou de la Garantie Cancer

**Grâce à Mon Helan, votre mutualité en ligne ou à l'appli de Mon Helan:** prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.  
**Par courrier adressé à Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.**

Je soussigné(e),

Nom	
Prénom	
Date de naissance	

N° de registre national

ou

Apposez ici une vignette de la mutualité

Je demande l'octroi de la **Garantie Maladies Graves** afin de bénéficier d'une intervention dans les frais médicaux liés à cette maladie car je déclare être atteint par l'une des maladies graves reprises dans les conditions générales des assurances Hospitalia, Hospitalia Medium et Hospitalia Plus.

**Il s'agit d'une:**

Première demande d'octroi de la garantie (\*)

- La nature de la maladie  
- La date du diagnostic (\*\*\*)

Demande de prolongation (qui suit la période précédente)  
Je joins un rapport médical certifiant l'évolution de la maladie grave

(\*) La première période de garantie commence à la date du diagnostic de la maladie grave. Si plus de 3 ans se sont écoulés entre la date du diagnostic et la date de demande d'octroi de la garantie, l'effet rétroactif de la garantie ne pourra pas dépasser 3 ans à partir de la date de la demande de la garantie.

Je demande l'octroi de la **Garantie Cancer (\*\*)** dans le cadre de l'assurance Dentalia Up car je déclare être atteint d'un cancer

Je joins un rapport médical mentionnant

- la localisation du cancer  
- la date du diagnostic (\*\*\*)  
- le traitement en cours ou envisagé (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie...)

je joins le document « Plan de traitement cancer » complété par mon dentiste  
(Ce document peut être envoyé séparément ultérieurement)

Par la présente et afin de faciliter mon remboursement, j'autorise MLOZ Insurance à demander à ma mutualité le détail des factures remboursées en assurance obligatoire et complémentaire.

Fait à ..... le ..... Signature:

