

AIDES FAMILIALES ET MENAGERES A DOMICILE

COORDONNEES DU CLIENT (écrire en majuscules ou coller une vignette d'identification)

N° d'affiliation :
 Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 CP et Localité :

Apposer ici une vignette de la mutualité

HOSPITALISATION D'UN ENFANT EN SERVICE PEDIATRIQUE (23), NEONATAL (19) OU POUR PREMATURES (27)
 A compléter par l'établissement hospitalier

Nom et prénom de l'enfant :

est hospitalisé depuis le [] [] / [] [] / [] [] [] []

a été hospitalisé du [] [] / [] [] / [] [] [] [] au [] [] / [] [] / [] [] [] []

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

TRAITEMENT ONCOLOGIQUE - A compléter par l'établissement hospitalier

Nom et prénom de l'affilié(e) :

suit un traitement depuis le [] [] / [] [] / [] [] [] []

a suivi un traitement du [] [] / [] [] / [] [] [] [] au [] [] / [] [] / [] [] [] []

Signature

Cachet de l'établissement hospitalier

AIDANT-PROCHE - A compléter par l'aidant-proche

Nom et prénom de l'aidant-proche :

Reconnu par le Département d'Aide aux Personnes de Partenamut le [] [] / [] [] / [] [] [] []

BENEFICIAIRE DE L'INTERVENTION MAJOREE (BIM)

Nom et prénom du bénéficiaire de l'aide familiale ou ménagère :

NAISSANCE OU ADOPTION D'UN ENFANT

Nom et prénom de l'affilié(e) :

Date de l'accouchement [] [] / [] [] / [] [] [] [] ou date de l'adoption [] [] / [] [] / [] [] [] []

Signature du bénéficiaire

Pour bénéficier de cet avantage, il faut être inscrit(e) et en règle de cotisations aux Avantages Partenamut. Ce document est relatif aux conditions statutaires de l'assurance complémentaire à la date de la prestation. Les conditions actuelles d'intervention pour cet avantage sont consultables sur notre site via le lien <https://www.partenamut.be/fr/remboursements-avantages/aide-familiale-menagere> ou en scannant le QR-



Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles

