

## Remboursement AC lors de la garde alternée

### Renseignements concernant l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_ Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Apposez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

Cadre à compléter par la personne ayant payé les frais des prestations ou d'activités remboursées

Je soussigné, (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_, père/mère/tuteur/autre\*  
de l'enfant dont les coordonnées sont reprises ci-dessous, déclare avoir payé pour celui-ci les frais de  
prestations/d'activités remboursées par l'assurance complémentaire (AC) de La Mutualité Neutre.

Je joins à ce document les pièces justificatives éventuelles et les formulaires de remboursement adéquats complétés.

Renseignements complémentaires :

N° registre national : \_\_\_\_\_

Adresse : (Rue, N° (Bte), Code Postal et localité) : \_\_\_\_\_

Numéro de compte sur lequel le paiement doit être effectué :

IBAN : BE\_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ou international : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Date et signature :

Apposez ici votre vignette  
d'identification

Cadre à compléter par le titulaire de l'enfant à charge (cité ci-dessus) et qui paye l'AC.

Je soussigné, (Nom, Prénom) \_\_\_\_\_,  
père/mère/tuteur/autre\* de \_\_\_\_\_, accorde à (Nom et Prénom) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dont les coordonnées sont reprises ci-dessus, le droit de percevoir le remboursement de  
l'avantage (nom de l'avantage) \_\_\_\_\_, octroyé par l'assurance complémentaire de La  
Mutualité Neutre car il/elle en a supporté les frais.

Date et signature :

Apposez ici votre vignette  
d'identification de La Mutualité Neutre

