

## Formulaire de demande de participation financière à une activité de prévention

Par la présente, le demandeur certifie qu'il a participé activement et régulièrement à l'une des activités de prévention proposées dans le cadre du Réseau de Soins Neuchâtelois (RSN) aux assurés membres du réseau. Il confirme que son contrat d'assurance lui donne droit aux prestations proposées par le RSN.

### Activités suivies :

<input type="checkbox"/> Cours de conduite pour seniors (>70 ans)	<input type="checkbox"/> Mindfulness – Méditation en pleine conscience
<input type="checkbox"/> Cours de prévention des chutes	<input type="checkbox"/> Nordic Walking
<input type="checkbox"/> Cours de sophrologie	<input type="checkbox"/> Programme pour les enfants et adolescents en surpoids
<input type="checkbox"/> École de l'asthme pour les enfants de 4 à 12 ans	<input type="checkbox"/> Rythmique Dalcroze pour les seniors
<input type="checkbox"/> Maintenance cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Vivre sans fumer

### Coordonnées personnelles de l'assuré/e :

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Code postal et lieu \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

### Coordonnées bancaires ou postales pour remboursement :

Institution et adresse \_\_\_\_\_  
 N° IBAN \_\_\_\_\_  
 N° de compte \_\_\_\_\_  
 Au nom de \_\_\_\_\_

L'assuré/e ou le/la représentant/e légal/e confirme envoyer les deux documents suivants à titre de preuve (**obligatoire pour le remboursement**) :

- Preuve du paiement
- Facture du fournisseur de la prestation (activité de prévention)

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Veillez nous retourner le formulaire ainsi que les documents par courrier ou e-mail.**