

DEMANDE DE NOUVELLE AFFILIATION OU DE CHANGEMENT DE PRODUIT

Pour mettre un terme à votre (vos) contrat(s) d'assurance(s), vous devez introduire une demande de désaffiliation.

A. DONNEES DE CONTACT DU PRENEUR D'ASSURANCE (une demande d'affiliation par titulaire)

1. Nom

Prénom

N° de téléphone 0

Adresse e-mail

N° de registre national

ou

Apposez ici une vignette de la mutualité

2. Je souhaite recevoir la communication concernant mes assurances (factures, informations contractuelles, informations générales, etc.)

- ☐ de manière électronique (via mail, MyMut, consultation sur le site web,...) pour autant que les documents soient disponibles de manière digitale
- ☐ en version papier

3. COMPTE FINANCIER POUR LES REMBOURSEMENTS

☐ Il s'agit d'une modification d'une police d'assurance existante (changement de produits d'assurance, ajout d'une personne assurée, ...). Je souhaite conserver le numéro de compte actuel pour les remboursements.

IBAN

BIC

4. PAYEUR (à compléter si différent du preneur d'assurance)

☐ Il s'agit d'une modification d'une police d'assurance existante (changement de produits d'assurance, ajout d'une personne assurée, ...). Je souhaite conserver le payeur et la fréquence/mode de paiement actuels pour le paiement.

Nom, Prénom

Rue N° Bte

Code postal Localité

Paiement des primes par ☐ domiciliation bancaire ☐ virement bancaire

Fréquence de paiement ☐ année ☐ semestre ☐ trimestre ☐ mois (si domiciliation bancaire)

B. PRENEUR D'ASSURANCE ET ASSURE(S)

(à compléter par toutes les personnes à assurer y compris le preneur d'assurance)

5.

	Nom et prénom des assurés	Date de naissance									
Preneur d'assurance A											
Assuré B											
Assuré C											
Assuré D											
Assuré E											
Assuré F											

C. ANALYSE DES BESOINS POUR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET LE OU LES ASSURE(S) MENTIONNES SOUS LE CADRE B

Pour une assurance auprès de la société mutualiste d'assurances 'MLOZ Insurance'.

Cette analyse doit toujours être effectuée préalablement à l'affiliation : Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, Garantie Maladies Graves et Hospitalia Continuité (8A) - Dentalia Up (8B) - Hospitalia Ambulatoire (8C).

Afin de pouvoir vous proposer une assurance adaptée, nous procédons à l'analyse de vos souhaits et besoins sur base des questions ci-après. Nous attirons votre attention sur le risque de sous-assurance, de surassurance, d'assurances multiples et d'une mauvaise couverture d'assurance. Notre mutualité a le statut d'agent d'assurance lié à la SMA 'MLOZ Insurance' par lequel nous pouvons uniquement vous proposer de souscrire un contrat d'assurance de la SMA.

6. Vous êtes déjà couvert(s) par une assurance :

	Type d'assurance		Nom de l'assureur	Nom du produit
	Privé	Mutualiste		
Hospitalisation	☐	☐		
Soins ambulatoires	☐	☐		
Soins dentaires	☐	☐		

7. Veuillez indiquer dans la case ci-dessous le nom du preneur d'assurance ou le ou les assuré(s) qui n'est (ne sont) pas couvert(s) de façon identique :

☐ Hospitalisation
☐ Soins ambulatoires
☐ Soins dentaires

Points d'attention :

Si vous disposez d'une assurance hospitalisation auprès d'un autre assureur, mais souffrez à présent d'une nouvelle affection préexistante, les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour en chambre particulière pourront, sur la base du questionnaire médical, être exclus du remboursement.

Vous savez qu'un accouchement ne sera remboursé qu'après 9 mois d'affiliation à nos produits hospitaliers. Après 6 mois, un remboursement est prévu, exception faite des suppléments de chambre et d'honoraires en chambre particulière.

Vous demandez à être assuré(s) pour un ou plusieurs produits :

8 A. L'HOSPITALISATION

☐ Vous bénéficiez d'une assurance hospitalisation collective via votre employeur. Vous souhaitez une couverture continue afin d'avoir encore des garanties en cas d'arrêt de votre assurance hospitalisation collective (démission, changement d'employeur ou pension). Dès le moment où votre assurance groupe cessera, vous pouvez vous affilier à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus sans nouveau stage d'attente, sans nouveau questionnaire médical ni surprime. De plus, vous bénéficiez d'une intervention de maximum 50 euros par jour d'hospitalisation en complément de votre assurance collective. **(si coché, passez au cadre 8B)**

Correspond à Hospitalia Continuité

En cas d'hospitalisation, vous donnez la préférence au type de chambre suivant :

☐ chambre particulière

Correspond à Hospitalia Plus/ Hospitalia Medium

☐ chambre à 2 lits ou chambre commune

Correspond à Hospitalia

Pour le remboursement des suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation, vous donnez la préférence au pourcentage de remboursement suivant **(répondez uniquement à cette question si vous avez choisi « chambre particulière » comme type de chambre) :**

☐ 200 % du tarif conventionnel

Correspond à Hospitalia Medium

☐ 300 % du tarif conventionnel

Correspond à Hospitalia Plus

Pour les soins encourus avant ou après votre hospitalisation, vous souhaitez une garantie qui rembourse **(répondez uniquement à cette question si vous avez choisi « chambre à 2 lits ou chambre commune » comme type de chambre) :**

☐ 30 jours avant et 90 jours après

Correspond à Hospitalia

☐ 60 jours avant et 180 jours après

Correspond à Hospitalia Medium

Pour les frais occasionnés par une maladie grave, vous préférez **(répondez à cette question quel que soit le type de chambre choisi) :**

☐ être assuré(s) à la garantie Maladies Graves

☐ ne pas être assuré(s) à la garantie Maladies Graves

8 B. LES SOINS DENTAIRES

☐ Vous souhaitez obtenir, en plus des interventions de l'assurance obligatoire :

- un remboursement des soins dentaires jusqu'à 4.000 € en cas d'accident et un remboursement jusqu'à 4.000 € pour les soins dentaires en cas de cancer ;
- des remboursements de plus en plus élevés en fonction des années d'affiliation au produit ;
- pour les soins dentaires préventifs : des remboursements jusqu'à 100 % du montant qui reste à votre charge et sans stage d'attente ;
- pour les soins dentaires curatifs, les prothèses, les implants et la parodontologie : des remboursements s'élevant jusqu'à 80 % du montant à charge ;
- pour vos frais d'orthodontie : des remboursements jusqu'à 60 % du montant à charge pour lesquels il y a eu une intervention de l'assurance obligatoire ;
- pour les soins dentaires préventifs et curatifs, un remboursement des suppléments limités à 200 %.

Je sais que je ne serai plus remboursé pour **l'orthodontie** pour laquelle il n'y a pas d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire. Cela signifie que les traitements commencés **après 15 ans** ne seront **pas éligibles**. Par ailleurs, tous les traitements orthodontiques déjà commencés avant l'affiliation ou pendant la période de stage ne seront pas non plus éligibles au remboursement.

Correspond à Dentalia Up

8 C. LES SOINS AMBULATOIRES (soins prodigués en dehors de toute hospitalisation ou hospitalisation de jour)

☐ Vous souhaitez, en plus des interventions de l'assurance obligatoire :
Le remboursement de 50 % des tickets modérateurs des consultations, visites et prestations techniques, le remboursement de 50 % de vos frais pharmaceutiques et une intervention dans l'achat de votre matériel (prothèses dentaires, ophtalmologiques, auditives...)

Correspond à Hospitalia Ambulatoire

9. Autres exigences ou besoins spécifiques :

Vous certifiez l'exactitude des renseignements fournis par le biais de ce formulaire et déclarez avoir précisé de façon exacte vos besoins et exigences.

D. CONTACT AVEC CONSEIL SUIVI OU NON SUIVI

Vous avez eu un contact avec un conseiller de la mutualité à l'occasion duquel vous avez parcouru ce questionnaire. Ce cadre sera complété selon que vous choisissiez de suivre ou non le(s) produit(s) par le conseiller clientèle. Si vous n'avez pas eu de contact avec un conseiller de la mutualité, passez directement au cadre E.

A COMPLETER PAR LE CONSEILLER CLIENTELE

Nom et prénom du conseiller :

Sur base de l'analyse des besoins et exigences ci-avant, nous vous recommandons le(s) produit(s) d'assurance de la SMA 'MLOZ Insurance' suivant(s) pour le preneur d'assurance et le ou les assuré(s) :

- ☐ Hospitalia Plus ☐ Hospitalia Medium ☐ Hospitalia
☐ Garantie Maladies Graves*

* affiliation possible uniquement si vous êtes affilié à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus

- ☐ Hospitalia Continuité ☐ Hospitalia Ambulatoire ☐ Dentalia Up

Tableau à compléter obligatoirement si proposition différenciée pour un ou plusieurs assurés :

	Nom et prénom des assuré(s)	Produit(s) choisi(s)
Preneur d'assurance A		
Assuré B		
Assuré C		
Assuré D		
Assuré E		
Assuré F		

Motivation du conseiller de la mutualité liée au(x) produit(s) conseillé(s) (champ à compléter obligatoirement) :

A COMPLÉTER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE. COCHEZ VOTRE CHOIX

10. ☐ Moi, « preneur d'assurance » **suis le conseil ci-dessus** et souhaite m'assurer au(x) produit(s) d'assurance conseillé(s). Je reconnais que le contenu du contrat d'assurance que j'ai choisi correspond à mes besoins et exigences et que j'ai été expressément informé de la portée et des limites de ce(s) produit(s) d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les statuts, les conditions générales, la fiche d'informations précontractuelles et la (les) fiche(s) infos du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'ai reçu un exemplaire de ces documents ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.

11. ☐ Moi, « preneur d'assurance » ne suis pas le conseil ci-dessus. Moi, « preneur d'assurance » et le ou les assuré(s) confirm(e)ons expressément notre souhait de nous assurer au(x) produit(s) d'assurance suivant(s) :

- ☐ Hospitalia Plus ☐ Hospitalia Medium ☐ Hospitalia
☐ Garantie Maladies Graves*

* affiliation possible uniquement si vous êtes affilié à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus

- ☐ Hospitalia Continuité ☐ Hospitalia Ambulatoire ☐ Dentalia Up

Je reconnais que le contenu du contrat d'assurance que j'ai choisi correspond à mes besoins et exigences et que j'ai été expressément informé de la portée et des limites de ce(s) produit(s) d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les statuts, les conditions générales, la fiche d'informations précontractuelles et la (les) fiche(s) infos du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'ai reçu un exemplaire de ces documents ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.

Si vous n'avez pas suivi les conseils que l'on vous a donnés, merci d'indiquer la raison :

E. AFFILIATION SANS CONTACT

Complétez ce cadre si vous n'avez eu aucun contact avec un conseiller clientèle :
Cochez votre choix

12. ☐ Moi, « preneur d'assurance » **ai complété l'analyse des besoins moi-même sans avoir eu de conseil d'un conseiller clientèle.** Je n'ai dès lors reçu aucun conseil.
Je reconnais expressément avoir pris connaissance des statuts, des conditions générales, de la fiche d'informations pré-contractuelles et de la (des) fiche(s) info(s) du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) via un support écrit ou sur internet, de la portée et des limites du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) qui correspond(ent) à mes besoins et exigences.
- Moi, « preneur d'assurance » et le ou les assuré(s) souhait(e)ons nous assurer au(x) produit(s) d'assurance suivant(s):
- ☐ Hospitalia Plus ☐ Hospitalia Medium ☐ Hospitalia
☐ Garantie Maladies Graves*
- * affiliation possible uniquement si vous êtes affilié à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus
- ☐ Hospitalia Continuité ☐ Hospitalia Ambulatoire ☐ Dentalia Up

13. **Tableau à compléter obligatoirement si produit différent par assuré :**

	Nom et prénom des assuré(s)	Produit(s) choisi(s)
Preneur d'assurance A		
Assuré B		
Assuré C		
Assuré D		
Assuré E		
Assuré F		

- ☐ J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

14. Fait à le

Preneur d'assurance*	Signature

Signature du conseiller clientèle

* à compléter obligatoirement

Par la signature de la présente demande, je déclare avoir pris connaissance de l'information relative à la protection de la vie privée, à la page 6 du document. **Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.** Pour chaque candidat assuré à l'affiliation aux produits Hospitalia et à la Garantie Maladies Graves : j'annexe à la présente, sous pli fermé individuel, un questionnaire médical à l'attention du Conseiller Médical.

Société mutualiste d'assurances "MLOZ Insurance" agréée sous le n° de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Siège social : route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles - Belgique - (RPM Bruxelles) - N° d'entreprise : 422.189.629.

COMMENT COCHER LES CASES REPRISES AU RECTO DE CETTE DEMANDE D’AFFILIATION OU DE CHANGEMENT DE PRODUIT ?

Toute personne ne peut s'affilier à la SMA (Société mutualiste d'assurances) 'MLOZ Insurance' et le rester que si elle est affiliée aux services complémentaires de l'une des 3 sections suivantes : Partenamut (509) – Freie Krankenkasse (515) – Helan Onafhankelijk ziekenfonds (526), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

Vous choisissez :

- la couverture hospitalisation, soit Hospitalia, soit Hospitalia Medium, soit Hospitalia Plus, la Garantie Maladies Graves, soit Hospitalia Continuité.
- la couverture des soins ambulatoires Hospitalia Ambulatoire.
- la couverture des soins dentaires Dentalia Up.

Pour toute nouvelle affiliation ou changement de produit, un conseiller clientèle est à votre disposition et vous aidera à choisir la solution adaptée à votre situation. Vous complétez et joignez un questionnaire médical pour une affiliation aux produits Hospitalia et la Garantie Maladies Graves.

ATTENTION : un questionnaire médical doit être complété pour chaque assuré. Aucun questionnaire médical ne doit être complété dans les cas suivants :

- Affiliation à Dentalia Up ;
- Transfert d'Hospitalia Plus vers Hospitalia Medium et Hospitalia ;
- Transfert d'Hospitalia Medium vers Hospitalia ;
- Transfert d'Hospitalia Plus avec la garantie 'Maladies Graves' vers Hospitalia Continuité.

Un questionnaire médical doit être complété pour les autres cas de transferts.

Les langues de communication avec notre SMA sont le français, le néerlandais, l'anglais et l'allemand.

DROIT AUX REMBOURSEMENTS

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d'attente de 6 mois, débutant à la date d'affiliation, est prévue. Il n'y a pas de stage en cas d'accident, moyennant accord du Conseiller Médical de la SMA.

Pour Dentalia Up, un stage de 12 mois est prévu pour le remboursement de la parodontologie, des prothèses, des implants et des prestations d'orthodontie. Il n'y a pas de stage pour bénéficier de la garantie «accident», de la garantie «cancer» et pour les soins dentaires préventifs.

Le nouveau-né n'a pas de stage si le stage des parents est terminé avant la naissance (+ exceptions). En cas d'affiliation à un produit de la SMA après une assurance similaire, le stage peut être supprimé suivant les conditions reprises dans les statuts. Aucun remboursement n'est octroyé pour une hospitalisation ou un traitement débutant pendant ou avant cette période de stage.

En cas de maladie préexistante, d'affection ou d'état (comme la grossesse) existant à la date d'affiliation et donnant lieu à une hospitalisation, l'intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des suppléments de chambre et d'honoraires si l'assuré choisit un séjour en chambre particulière pour Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus et pour Hospitalia Ambulatoire, il n'y aura aucun remboursement des frais ambulatoires des prestations, médicaments et prothèses qui sont directement liés à cette affection, maladie ou état préexistant(e).

En cas d'accouchement durant les 9 premiers mois d'affiliation au produit, l'accouchement pourra être considéré comme le résultat d'un état préexistant. Dans ce cas, les frais d'hospitalisation seront pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et d'honoraires lorsque l'assuré choisit de séjourner en chambre particulière, pour autant que le stage général soit terminé. Toutefois, cette limitation n'est pas d'application si l'accouchement a lieu après 9 mois d'affiliation cumulée, à une assurance mutualiste similaire et à l'assurance Hospitalia.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRIMES

La prime est payable par trimestre, semestre ou à l'année. La possibilité d'un paiement mensuel est soumise à une domiciliation bancaire. Elle doit être payée par anticipation, c'est-à-dire reçue avant le 1^{er} jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire, dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le 1^{er} jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu.

La présente demande d'affiliation est une proposition d'assurance qui n'engage ni le candidat preneur d'assurance ni la SMA à conclure le contrat d'assurance. La signature de celle-ci ne fait pas courir la couverture.

Dans les trente jours à dater de la réception de la proposition complétée par vos soins, la SMA vous aura communiqué par lettre :

- soit son acceptation via la lettre d'acceptation (de ce fait, le contrat d'assurance prend cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la 'Demande d'affiliation' et le 'Questionnaire Médical') avec ou sans limitations pour maladie ou affection ou état préexistants;
- soit son souhait, à l'initiative du Conseiller médical de la SMA, d'obtenir des informations complémentaires sur base du questionnaire médical.

En cas de demande d'informations complémentaires, vous bénéficiez d'un délai de quarante-cinq jours pour y donner suite. Si ce délai est respecté, et avec ou sans limitations pour maladie ou affection ou état préexistants, le contrat d'assurance prend cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la 'Demande d'affiliation' et le 'Questionnaire Médical'.

Si ce délai n'est pas respecté, le contrat d'assurance prendra tout de même cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la 'Demande d'affiliation' et le 'Questionnaire Médical' avec, pour la maladie ou l'affection ou l'état préexistants mentionnés sur le questionnaire médical, une limitation d'intervention.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée ('Disclaimer') est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> <<https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance>> ou sur demande par courrier (MLOZ - DPO - Route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles).