

DEMANDE DE TRANSFERT 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)

- ☐ J'ai déjà souscrit un produit dentaire (Dentalia Plus) auprès de la SMA MLOZ Insurance. Mes données de contact sont restées les mêmes. Vous pouvez donc les récupérer pour cette nouvelle affiliation. Je joins une vignette.

1.	Nom	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>
	N° de téléphone	0 <input type="text"/>
	Adresse e-mail	<input type="text"/>
	<div>N° de registre national <input type="text"/> ou Apposez ici une vignette de la mutualité</div>	

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	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

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	<input type="text"/>	
Rue	<input type="text"/>	N° <input type="text"/> Bte <input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Localité <input type="text"/>

Paiement des primes par ☐ domiciliation bancaire ☐ virement

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

(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									

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

Cette analyse doit toujours être effectuée préalablement à l'affiliation.

6. SOINS DENTAIRES «DENTALIA UP»

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

- un remboursement des soins dentaires jusqu'à 5.000 € 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 l'âge de 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.

7. 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.

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 choisirez de suivre ou non le produit proposé par le conseiller clientèle. Si vous n'avez pas eu de contact avec un conseiller de la mutualité, passez directement au cadre E.

[illegible]

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

☐ Dentalia Up

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

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

8. ☐ Moi, « preneur d'assurance » suis le conseil ci-dessus et souhaite m'assurer au produit d'assurance conseillé. 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 produit d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les statuts, les conditions générales, la fiche infos du produit d'assurance choisi ainsi que la fiche d'informations précontractuelles 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.

E. AFFILIATION SANS CONTACT

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

9. ☐ Moi, « preneur d'assurance » ai complété l'analyse des besoins moi-même sans avoir eu de contact avec 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 info du produit d'assurance choisi ainsi que la fiche d'informations précontractuelles via un support écrit ou sur internet, de la portée et des limites du produit d'assurance choisi qui correspond à mes besoins et exigences.

Moi, « preneur d'assurance » et le ou les assuré(s) souhait(e)ons nous assurer au produit d'assurance suivant :

☐ Dentalia Up

- ☐ 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.

10. 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. Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.

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).

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.