

DEMANDE DE NOUVELLE AFFILIATION OU DE CHANGEMENT DE PRODUIT

Demande pour Nouvelle affiliation 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

Rue N° Bte

Code postal Localité

N° de tél. privé 0 N° de GSM 0

Date de naissance

2. Adresse e-mail qui peut être utilisée pour la communication concernant l'assurance contractée par le preneur d'assurance mentionné dans le cadre B. Cela signifie que plus aucun avis ne sera envoyé via support papier dès que la communication électronique sera disponible :@.....

3. **LANGUE DE COMMUNICATION** FR NL EN DE

(à défaut de choix, la langue de ce formulaire sera considérée comme la langue de communication usuelle)

4.

N° de registre national

ou

Apposez ici une vignette de la mutualité

5. **COMPTE FINANCIER** IBAN

BIC

Paiement des cotisations par domiciliation bancaire virement

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

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

Identité

Rue N° Bte

Code postal Localité

B. PRENEUR D'ASSURANCE ET ASSURÉ(S)

7. NOM ET PRÉNOM ASSURÉ(S)	Sexe		Date de naissance							
	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Preneur d'assurance A	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Assuré B	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Assuré C	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Assuré D	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Assuré E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								
Assuré F	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F								

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

Pour une assurance auprès de la société mutualiste d'assurances 'Mutuelle Entraide Hospitalisation'

Cette analyse doit toujours être effectuée préalablement à l'affiliation: Hospitalia, Hospitalia+ et Hospitalia Continuité (10A) – Medicalia et Hospitalia Ambulatoire (10B) – Dentalia Plus (10C)

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.

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

	Nom de l'assureur*	Nom du produit*
<input type="checkbox"/> Hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Soins ambulatoires		
<input type="checkbox"/> Soins dentaires		

* facultatif

9. 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 :

<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Soins ambulatoires
<input type="checkbox"/> 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; sur base du questionnaire médical, les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour en chambre particulière peuvent être exclus du remboursement.

Vous êtes couramment qu'un accouchement ne sera totalement 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 :

10 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 collective (démission, changement d'employeur ou pension). Dès le moment où votre assurance groupe cessera, vous pouvez vous affilier à 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.

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

chambre particulière chambre à 2 lits ou chambre commune

Pour les soins encourus avant ou après votre hospitalisation, vous souhaitez une garantie qui rembourse :

les frais posthospitaliers les frais pré- et posthospitaliers

Pour les frais occasionnés par une maladie grave, vous préférez :

ne pas être assuré(s) être assuré(s)

10 B. LES SOINS AMBULATOIRES (soins prodigués en dehors de toute hospitalisation ou hospitalisation de jour)

Un assuré ne peut être affilié qu'à un des produits de soins ambulatoires

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...)

OU

Le remboursement de 75% des tickets modérateurs des consultations, visites et prestations techniques, le remboursement de 75% du montant de vos séances chez des prestataires de thérapies alternatives (par ex. psychothérapie, logopédie, ostéopathie), une intervention dans l'achat de votre matériel (oculaire et auditif) et un forfait de naissance de 250 euros par enfant.

10 C. LES SOINS DENTAIRES

En ce qui concerne les soins dentaires, vous souhaitez, en plus des interventions légalement prévues, obtenir des remboursements pour des soins dentaires préventifs et curatifs, l'orthodontie, les prothèses, les implants et la parodontologie.

11. Autres exigences ou besoins spécifiques :

 <hr/> <hr/>

Vous confirmez avoir déclaré exactement tous les éléments susceptibles d'influencer la présente analyse.

D. CONTACT AVEC CONSEIL

Vous avez eu un contact avec un conseiller de la mutualité à l'occasion duquel vous avez parcouru ce questionnaire.

A COMPLÉTER PAR LE CONSEILLER CLIENTÈLE

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 Hospitalia Continuité Hospitalia Ambulatoire Medicalia Dentalia Plus

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

Nom et prénom 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):

(*) conformément à l'ordre du cadre B

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

12. 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 conditions générales du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'ai reçu un exemplaire reprenant toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.
(Passez directement au cadre F)
13. Moi, « preneur d'assurance » ne suis pas l'avis du conseiller clientèle.
(Passez au cadre E)

E. CONTACT SANS CONSEIL OU CONSEIL NON SUIVI

Complétez ce cadre si vous n'avez eu aucun contact (dans une agence) avec un conseiller clientèle ou si vous désirez vous assurer à un ou des produit(s) différent(s) que celui/ceux proposé(s) par le conseiller clientèle (dans une agence):
Cochez votre choix

14. Moi, « preneur d'assurance » n'ai pas eu de contact avec un conseiller clientèle. Je n'ai dès lors reçu aucun conseil. Je reconnais expressément avoir été suffisamment informé, 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.
15. Moi, « preneur d'assurance » ne suis pas le conseil ci-dessus et je confirme expressément mon souhait de m'assurer au(x) produit(s) d'assurance suivant(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 conditions générales du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'en ai reçu un exemplaire avec toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.
16. 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 Hospitalia Continuité Hospitalia Ambulatoire Medicalia Dentalia Plus

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

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

(*) conformément à l'ordre du cadre B

F. Fait en un exemplaire dont une copie destinée au preneur d'assurance.

18. Fait à

19. Le 2 0

20.

Preneur d'assurance	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature du conseiller clientèle

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 5 du document. Je m'engage à respecter les statuts de la SMA. **Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.** Pour chaque candidat à l'affiliation aux produits Hospitalia : j'annexe à la présente, sous pli fermé individuel, un questionnaire médical à l'attention du Conseiller Médical. Par la présente et afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire

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 5 sections suivantes : Omnimut (506) – Partenamut (509) – Freie Krankenkasse (515) – OZ (501) – Partena Ziekenfonds (526), toutes affiliées à l’Union Nationale des Mutualités Libres.

Vous choisissez :

- la couverture hospitalisation, soit Hospitalia, soit Hospitalia et Hospitalia Plus, soit Hospitalia Continuité.
- la couverture des soins ambulatoires, soit Hospitalia Ambulatoire, soit Medicalia.
- la couverture des soins dentaires Dentalia Plus.

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.

ATTENTION : un questionnaire médical doit être complété pour chaque assuré. Aucun questionnaire médical ne doit être complété pour une affiliation à Dentalia Plus ou Medicalia ainsi que pour un transfert de « Hospitalia et Hospitalia Plus » vers « Hospitalia » ou « Hospitalia Continuité ».

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. Un stage de 12 mois est prévu pour Dentalia Plus pour le remboursement des prothèses, des implants et des prestations d’orthodontie et pour Medicalia pour obtenir le forfait de naissance. Il n’y a pas de stage en cas d’accident, moyennant accord du Conseiller Médical de la SMA.

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 débutant pendant 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 et 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 COTISATIONS

La cotisation 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 cotisation avant le 1^{er} jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la cotisation 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 à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l’égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous transmettez feront l’objet d’un traitement automatisé de la SMA “MLOZ Insurance”, (n° d’entreprise 422.189.629, route de Lennik, 788A à 1070 Bruxelles) en vue du traitement correct de votre dossier. En cochant cette case , j’accepte d’être contacté(e) à des fins de marketing/que mes données soient transmises à nos partenaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter vos données auprès du responsable du traitement de la SMA, les faire rectifier ou supprimer, en application de la loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992.