



Anmeldeformular

Kontaktdaten des Anmelders

Name* :

* Oder einen Aufkleber der Krankenkasse aufkleben

Vorname* :

Nationalnummer* :
(falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Straße:

Hausnummer: Wohnungsnummer: Postleitzahl:

Stadt:

Telefon:

E-mail:

Bankkontonummer:

** Um eines unserer Versicherungsprodukte abzuschließen, müssen Sie bei einer der folgenden Krankenkassen gemeldet sein und Ihre Beiträge zur Zusatzversicherung ordnungsgemäß bezahlt haben:

- ☐ La Mutualité Neutre (216)
☐ Mutualia, Mutualité Neutre (228)

☐ Beantragt die Krankenhausversicherung**

☐ Neutra Base ☐ Neutra Optimum ☐ Neutra+ ☐ Neutra Confort ☐ Neutra Top

ab dem:

☐ Beantragt die Dentalis-Versicherung** ab dem:

** Ich möchte vorrangig mit den Dienststellen von Neutra kommunizieren:

- ☐ Per E-Mail
☐ Per Post

Die Prämienzahlung erfolgt standardmäßig per jährlicher Überweisung. Wenn Sie Ihre Zahlungen aufteilen möchten, füllen Sie bitte ein europäisches Lastschriftmandat aus und senden Sie es uns zu.

** Kreuzen Sie die gewünschte Option an

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Liste der zu versichernden Personen

Name	Vorname	National- nummer	*Krankenhaus- versicherung	*Zahnver- sicherung

*** Bitte geben Sie die gewählte Versicherung an: Basis, Optimum, Plus, Komfort oder Top
Kreuzen Sie das Kästchen « Zahnversicherung » an, wenn Sie eine Zahnversicherung abschließen möchten**

☐ Ich bestätige, die Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten zur Kenntnis genommen zu haben, und stimme der SMA Neutra die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Erstellt in, am

Unterschrift des Zeichners
(vorangestellt « gelesen und genehmigt »)

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten erhebt SMA Neutra die in diesem Fragebogen enthaltenen Informationen, um Ihre Anforderungen und Bedürfnisse analysieren und die für die Vertragserfüllung erforderlichen Daten verwalten zu können. Werden diese Daten nicht bereitgestellt, kann SMA Neutra keinen Vertrag mit dem Versicherungsnehmer abschließen. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Ihre Daten werden nach Erlöschen etwaiger Rechtsstreitigkeiten gelöscht, es sei denn, eine gesetzliche Bestimmung schreibt eine schnellere Vernichtung vor. Sie haben das Recht auf Zugang, Berichtigung oder Löschung der Sie betreffenden Daten sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung oder Übertragbarkeit Ihrer Daten. Um diese Rechte auszuüben, müssen Sie einen schriftlichen und von Ihnen unterzeichneten Antrag zusammen mit einer Kopie Ihres Personalausweises an folgende Adresse senden: SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Lüttich oder an protection_donnees@neutrassur.be. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie von unserem Datenschutzbeauftragten per E-Mail unter protection_donnees@neutrassur.be oder telefonisch unter 04.254.58.91. Sie können eine Beschwerde bei der Datenschutzkommission, Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel (02/274.48.00 – <https://www.privacycommission.be>) einreichen.



Informationsblatt und Bedarfsanalyse für eine Krankenhaus- und/oder Zahnversicherung (Nichtleben)

Anhand der folgenden Fragen führen wir eine Bedarfsanalyse durch, um Ihnen das Versicherungsprodukt von SMA Neutra anzubieten, das am besten zu Ihnen passt. Wir bitten Sie, diese Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten, um insbesondere das Risiko einer Überversicherung, Unterversicherung oder unzureichenden Versicherungsdeckung zu verringern. Sie nehmen zur Kenntnis, dass wir Ihre Bedürfnisse nicht analysieren und Sie nicht umfassend beraten können, wenn Sie diese Fragen nicht oder nur teilweise beantworten.

Sind Sie und/oder die oben genannten Versicherten bereits versichert ?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, eine Zahnversicherung, die Folgendes abdeckt :
 - ☐ Den Versicherungsnehmer ☐ Den/die Versicherten
- ☐ Ja, eine Krankenhausversicherung, die Folgendes abdeckt :
 - ☐ Den Versicherungsnehmer ☐ Den/die Versicherten

Ich verpflichte mich, die von meinem früheren Versicherer ausgestellten Versicherungsbescheinigungen an die SMA Neutra weiterzuleiten.

Sie möchten versichert sein für :

1. Krankenhausaufenthalt :

Möchten Sie eine Erstattung Ihrer Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie der Kosten im Zusammenhang mit einer schweren Krankheit ?

- ☐ Nein, ich würde lieber:
 - ☐ Eine Erstattung von maximal 1.000€ pro Kalenderjahr und 100€ für einen Tagesklinikaufenthalt
 - ☐ Eine Erstattung von maximal 3.000€ pro Kalenderjahr und 200€ für einen Tagesklinikaufenthalt ☐ Ja
 - ☐ Ein 2-Bett-Zimmer oder ein Mehrbettzimmer ohne Selbstbeteiligung, eine Erstattung von maximal 50€ pro Tag des Krankenhausaufenthalts und maximal das 1-fache des gesetzlichen Honorars für Honorarzuschläge
 - ☐ Möglichkeit eines Einzelzimmers mit Selbstbeteiligung von 125€, einer Erstattung von 150€ pro Tag des Krankenhausaufenthalts und maximal dem dreifachen Betrag des gesetzlichen Honorars für Honorarzuschläge
 - ☐ Möglichkeit eines Einzelzimmers mit Selbstbeteiligung von 100€, Erstattung von 250€ pro Tag des Krankenhausaufenthalts und maximal dem vierfachen Betrag des gesetzlichen Honorars für Honorarzuschläge

2. Zahnärztliche Behandlungen (Dentalis-Versicherung) :

- ☐ Sie möchten Erstattungen für Ihre Vorsorge- und Heilbehandlungen, Kieferorthopädie, Parodontologie, Prothesen und Implantate erhalten.

Ihnen wurde empfohlen

(Vom Berater auszufüllen)

Name und Vorname des Beraters :

Auf der Grundlage der vorstehenden Angaben empfehlen wir Ihnen, folgende(s) Produkt(e) abzuschließen :

Krankenhausaufenthalt: ☐ Neutra Base ☐ Neutra Optimum ☐ Neutra+ ☐ Neutra Confort ☐ Neutra Top

Zahnbehandlung: ☐ Dentalis

Aus folgenden Gründen :

.....
.....

(Vom Versicherungsnehmer auszufüllen)

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich alle mir bekannten Umstände, die die Beratung durch SMA Neutra beeinflussen könnten, wahrheitsgemäß angegeben habe.

☐ Ich entscheide mich, dieser Beratung zu folgen und möchte das/die empfohlene(n) Produkt(e) zeichnen.

☐ Ich entscheide mich in voller Kenntnis der Sachlage für die folgende(n) Deckung(en), trotz der gegebenen Beratung :

Krankenhausaufenthalt: ☐ Neutra Base ☐ Neutra Optimum ☐ Neutra+ ☐ Neutra Confort ☐ Neutra Top

Zahnbehandlung: ☐ Dentalis

Aus folgenden Gründen :

.....
.....

Sie wurden nicht beraten

☐ Ich habe keine Beratung in Anspruch genommen und bestätige, dass ich durch die mir zur Verfügung gestellten Informationen, insbesondere durch die Informationsbroschüren und die Website der SMA Neutra, ausreichend informiert wurde. Ich möchte folgende(s) Produkt(e) zeichnen :

Krankenhausaufenthalt: ☐ Neutra Base ☐ Neutra Optimum ☐ Neutra+ ☐ Neutra Confort ☐ Neutra Top

Zahnbehandlung: ☐ Dentalis

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments erklärt der Versicherungsnehmer, dass er die folgenden Unterlagen erhalten und deren Inhalt verstanden hat :

- vorvertragliche Informationen ;
- informationsunterlagen zum gewählten Versicherungsprodukt.

Eine Kopie dieses Dokuments wird dem Versicherungsnehmer übermittelt.

Erstellt in , am

Unterschrift des Zeichners

(vorangestellt « gelesen und genehmigt »)

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten erhebt SMA Neutra die in diesem Fragebogen enthaltenen Informationen, um Ihre Anforderungen und Bedürfnisse analysieren und die für die Vertragserfüllung erforderlichen Daten verwalten zu können. Werden diese Daten nicht bereitgestellt, kann SMA Neutra keinen Vertrag mit dem Versicherungsnehmer abschließen. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, außer in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Ihre Daten werden nach Erlöschen etwaiger Rechtsstreitigkeiten gelöscht, es sei denn, eine gesetzliche Bestimmung schreibt eine schnellere Vernichtung vor. Sie haben das Recht auf Zugang, Berichtigung oder Löschung der Sie betreffenden Daten sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung oder Übertragbarkeit Ihrer Daten. Um diese Rechte auszuüben, müssen Sie einen schriftlichen und von Ihnen unterzeichneten Antrag zusammen mit einer Kopie Ihres Personalausweises an folgende Adresse senden: SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Lüttich oder an protection_donnees@neutrassur.be. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie von unserem Datenschutzbeauftragten per E-Mail unter protection_donnees@neutrassur.be oder telefonisch unter 04.254.58.91. Sie können eine Beschwerde bei der Datenschutzkommission, Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel (02/274.48.00 – <https://www.privacycommission.be>) einreichen.



Mitteilung vorvertraglicher Informationen

Die Informationen werden Ihnen gemäß den Verhaltensregeln 'Assurmifid' mitgeteilt.

Informationen zur SMA Neutra

Rue de joie 5, 4000 – Lüttich

Unternehmensnummer: 0472.020.311

Tel.: 04/254.54.90

E-Mail: info@neutrassur.be ; dentalis@neutrassur.be

Website: www.neutrassur.be

Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, zugelassen durch das Kontrollamt für Krankenkassen und nationale Krankenkassenverbände (OCM) mit Sitz in der Avenue de l'Astronomie 1 in 1210 Brüssel, <https://www.ocm-cdz.be>, unter der Nummer 250/2.

Wir vertreiben ausschließlich unsere Krankenhaus- und Zahnversicherungsprodukte.

Kommunikationskanäle

Sie können uns per Telefon, E-Mail oder Post erreichen. Sie können sich auch an eine der Agenturen unserer Mitgliedsgenossenschaften wenden.

Kommunikationssprachen

Je nach Wahl des Kunden kann die Kommunikation auf Französisch, Niederländisch oder Deutsch erfolgen.

Richtlinie zu Interessenkonflikten

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gilt eine Richtlinie zum Umgang mit Interessenkonflikten. Eine Zusammenfassung dieser Richtlinie finden Sie auf der Website der SMA Neutra unter <https://www.neutrassur.be>. Weitere Informationen zu dieser Richtlinie erhalten Sie auf einfache schriftliche Anfrage oder per E-Mail.

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigt der Versicherungsnehmer, dass er die nachstehenden Bedingungen zur Kenntnis genommen hat. Dieses Dokument wird in zwei Originalausfertigungen erstellt, wobei jede Partei bestätigt, dass sie das für sie bestimmte Exemplar erhalten hat.

Erstellt inam

Für die SMA Neutra :

Unterschrift des Unterzeichners
(Vorangestellt « Gelesen und
genehmigt »)

Allgemeine Geschäftsbedingungen für unsere Dienstleistungen

Unsere Dienstleistungen und Versicherungen

Wir bieten ausschließlich Versicherungsprodukte der Branche 2 und ergänzend der Branche 18 an.

Kommunikation über unsere Website

Wir nutzen unsere Website zur Übermittlung allgemeiner Informationen an unsere Versicherten. Die Nutzung einer Website zur Information eines Versicherten gilt als dem Kontext der Geschäftsabwicklung angemessen, wenn nachgewiesen ist, dass dieser Versicherte regelmäßig Zugang zum Internet hat. Die Angabe einer E-Mail-Adresse durch den Versicherten als Kommunikationsmittel für die Abwicklung seiner Geschäfte mit uns gilt als Nachweis für diesen regelmäßigen Zugang.

Bearbeitung von Beschwerden

Wenn Sie eine Beschwerde bezüglich der Verwaltung Ihres Vertrags haben, können Sie uns per Post (Rue de Joie 5, 4000 Lüttich), per E-Mail (gestion-des-plaintes@neutrassur.be) oder über unsere Website (www.neutrassur.be) kontaktieren.

Wenn Sie mit der Antwort auf Ihre Beschwerde nicht zufrieden sind, können Sie sich an den Ombudsdienst für Versicherungen wenden, dessen Sitz sich in Square de Meeûs 35 in 1000 Brüssel befindet – Tel.: 02/547.58.71 - Fax: 02/547.59.75 (info@ombudsman-insurance.be oder <https://www.ombudsman-insurance.be/>).

Beratung

Wir beraten Sie entsprechend Ihrer individuellen Situation, um Ihnen das Produkt anzubieten, das Ihren Anforderungen und Bedürfnissen entspricht. Diese Beratung basiert nicht auf einer unpartijdischen Analyse der auf dem Markt verfügbaren Produkte.

Schutz personenbezogener Daten

Es wird darauf geachtet, dass die Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr eingehalten werden. Die Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten der SMA Neutra kann auf ihrer Website unter www.neutrassur.be eingesehen werden. Der Datenschutzbeauftragte ist telefonisch unter 04/254.58.91, per E-Mail unter protection_donnees@neutrassur.be und per Post unter Rue de Joie 5, 4000 Lüttich erreichbar.

Kosten und Gebühren

Ab dem 1. Januar 2018 werden Ihnen vor Vertragsabschluss und bei jeder Vertragsverlängerung die Einzelheiten zu den Kosten und Gebühren im Zusammenhang mit der Versicherungsvermittlung mitgeteilt.

Anwendbares Recht

Die vorliegenden Bedingungen unterliegen belgischem Recht und werden entsprechend ausgelegt.