

FICHE D'INFORMATION ET D'ANALYSE DES BESOINS POUR UNE ASSURANCE HOSPITALISATION et/ou SOINS DENTAIRES (Non-Vie) Assurmifid

1) Souscripteur :

Nom : _____ Prénom : _____

Rue et numéro : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Numéro National : _____

Téléphone (*) : _____

E-mail (*) : _____

(*) La communication du numéro de téléphone et /ou de l'adresse e-mail est facultative. Si ces données à caractère personnel sont communiquées, elles seront uniquement et exceptionnellement utilisées dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance. Elles ne seront pas communiquées à des tiers à l'exception de ceux prévus par la loi, ni utilisées pour vous offrir d'autres produits et/ou services.

2) Données relatives aux assurés

Nom et prénom des assurés	Numéro National	Souscripteur
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

3) Exigences et besoins du souscripteur :

A l'aide des questions ci-après, nous effectuons une analyse de besoin afin de vous proposer le produit d'assurance qui, parmi les produits de la SMA Neutra, vous convient le mieux. Il vous est demandé d'y répondre de manière complète et honnête en vue de réduire notamment le risque de sur-assurance, de sous-assurance ou de mauvaise couverture d'assurance. Vous reconnaissez que nous ne pourrions pas procéder à l'analyse de vos besoins ni vous fournir un conseil circonstancié si vous ne répondez pas ou ne répondez que partiellement.

Vous souhaitez souscrire :

- Une assurance hospitalisation, dans ce cas, remplissez la partie A
- Une assurance soins dentaires, dans ce cas, remplissez la partie B
- Une assurance hospitalisation et soins dentaires, dans ce cas, remplissez les parties A et B

A. Assurance hospitalisation

Bénéficiez-vous déjà, vous et/ou le(s) assuré(s) mentionné(s) ci-avant, d'une assurance hospitalisation ?

- Non
- Oui

Il s'agit d'une couverture : collective (via l'employeur)
 individuelle

Elle couvre : le souscripteur uniquement
 le souscripteur et le ou les assuré(s) mentionnés ci-avant.

Le souscripteur transmet une copie de cette assurance en vue d'effectuer une comparaison des couvertures et réduire le risque de sous- ou sur-assurance ou encore de mauvaise couverture d'assurance : Oui

Non. Dans ce cas, le risque de sous- ou sur-assurance ou de mauvaise couverture d'assurance est analysé par le souscripteur lui-même.

L'assurance hospitalisation doit couvrir :

- Les frais d'hospitalisation uniquement
Avec un plafond d'intervention de :
 - 1.000 € par année civile et maximum 100 € pour l'hospitalisation de jour.
 - 3.000 € par année civile et 200 € pour l'hospitalisation de jour.
- Les frais d'hospitalisation et les maladies graves, y compris la période pré- et post hospitalière. Cette période couvre les frais médicaux exposés 30 jours avant l'hospitalisation et 90 jours après la fin de l'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, vous préférez :

- une chambre à 2 lits ou une chambre commune ;
- une chambre particulière, avec un plafond de :
 - 30 € par jour et prise en charge de suppléments d'honoraires de maximum 1 fois l'intervention de l'A.M.I. ;
 - 100 € par jour et prise en charge de suppléments d'honoraires de maximum 3 fois l'intervention de l'A.M.I. ;
 - 200 € par jour et prise en charge de suppléments d'honoraires de maximum 4 fois l'intervention de l'A.M.I.

Vous souhaitez être remboursé des frais liés aux prothèses¹ à concurrence de :

- Maximum 1 fois l'intervention de l'A.M.I. ;
- Maximum 3 fois l'intervention de l'A.M.I. ;
- 100%.

B. Assurances de soins dentaires Dentalis

Bénéficiez-vous déjà, vous et/ou le(s) assuré(s) mentionné(s) ci-avant, d'une assurance de soins dentaires ?

- Non
- Oui

Le souscripteur transmet une copie de cette assurance en vue d'effectuer une comparaison des couvertures et réduire le risque de sous- ou sur-assurance ou encore de mauvaise couverture d'assurance : Oui

Non. Dans ce cas, le risque de sous- ou sur-assurance ou de mauvaise couverture d'assurance est analysé par le souscripteur lui-même.

4) Justification du conseil :

Sur base des renseignements qui précèdent, nous conseillons de souscrire au produit suivant :

et ceci pour les raisons suivantes :

¹ Il s'agit des prothèses reprises aux articles 27 à 31 inclus de la nomenclature des soins de santé de l'A.M.I. pour les couvertures Neutra +, Neutra Confort et Neutra Top, ainsi que celles reprises aux articles 35 et 35bis pour la couverture Neutra Top.

Le souscripteur décide de suivre ce conseil ou opte, en connaissance de cause, pour la couverture suivante, malgré le conseil donné :

Le souscripteur reconnaît expressément avoir déclaré de façon exacte toutes les circonstances connues de lui et susceptibles d'influencer le conseil fourni par la SMA Neutra.

Vous avez été conseillé par : (nom et prénom) _____

Fonction : (RD/PCP) _____

Par la signature du présent document, le souscripteur déclare avoir reçu les documents suivants et en avoir compris le contenu :

- **fiche d'informations précontractuelles ;**
- **le document d'information sur le produit d'assurance choisi par le souscripteur.**

Une copie du présent document est transmise au souscripteur.

Fait à : _____ , le

Signature du souscripteur :
(précédée de lu et approuvé)

Pour la SMA Neutra :

Conformément à la législation relative à la protection des données à caractère personnel, la SMA Neutra récolte les informations dans le présent questionnaire afin de pouvoir analyser vos exigences et besoins et de gérer vos données nécessaire à l'exécution du contrat. Si ces données ne sont pas fournies, la SMA Neutra ne pourra pas conclure le contrat avec le souscripteur. Ces données ne sont pas communiquées à des tiers, sauf dans les cas prévus par la loi. Vos données sont supprimées après extinction des éventuelles actions en justice, sauf si une disposition légale impose une destruction plus rapide. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données qui vous concernent, ainsi qu'un droit à la limitation de traitement, d'opposition au traitement ou à la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous devez envoyer une demande écrite et signée de votre part accompagnée d'une copie de votre carte d'identité à l'adresse : SMA Neutra, Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE ou à protection_donnees@neutrahospi.be.

Vous pouvez obtenir d'avantage d'informations à ce sujet auprès de notre Délégué à la Protection des Données en le contactant par E-mail : protection_donnees@neutrahospi.be ou par téléphone au 04.254.58.91. Vous pouvez introduire une réclamation éventuelle en vous adressant à la Commission de Protection de la Vie Privée, Rue de la Presse, n°35 à 1000 BRUXELLES (02/274.48.00 - www.privacycommission.be).

Pour toutes vos questions ou problèmes, merci de vous adresser à la SMA Neutra à

gestion-des-plaintes@neutrahospi.be

Des plaintes peuvent également être déposées auprès du service Ombudsman des Assurances (Square de Meeûs 35, à 1000 Bruxelles- Tél : 02/547.58.71 – Fax : 02/547.59.75 – www.ombudsman.as)

Communication des informations précontractuelles

Les informations vous sont communiquées conformément aux règles de conduite « Assurmifid ».

Informations relatives à la SMA Neutra

Rue de Joie 5

4000 LIEGE

Numéro d'entreprise : 0472.020.311

Tél : 04/254.54.90 – Fax : 04/254.54.37 E-mail : info@neutrahospi.be - Site web:

www.neutrahospi.be

Société Mutualiste d'assurances, agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités (OCM) dont le siège est situé Avenue de l'Astronomie, 1 à 1210 Bruxelles, <http://www.ocm-cdz.be> sous le numéro 250/2.

Nous commercialisons exclusivement nos produits d'assurances hospitalisation et de soins dentaires.

Canaux de communication

Nous sommes joignables par téléphone, E-mail ou courrier. Vous pouvez également vous rendre dans l'une des agences de nos mutualités adhérentes.

Langues de communication

Selon le choix du client, la communication peut se faire en français, néerlandais ou allemand.

Politique en matière de conflit d'intérêts

Conformément aux dispositions légales, une politique en matière de gestion de conflit d'intérêts est applicable. Vous trouverez un résumé de cette politique sur le site internet de la SMA Neutra <http://www.neutrahospi.be>. Un complément d'information sur cette politique peut être obtenu sur simple demande écrite ou par E-mail.

Fait à _____, le _____, en 2 exemplaires originaux, chacune des parties déclarant avoir reçu celui qui lui revient.

Date et signature du souscripteur précédées de la mention « **lu et approuvé** ».

Pour la SMA Neutra

Nom

Prénom

Le souscripteur

Nom

Prénom

Par la signature de ce document, le souscripteur déclare, également, avoir pris connaissance des conditions reprises ci-après.

Conditions générales de nos services

Nos prestations en assurances

Nous fournissons exclusivement des produits d'assurances de la branche 2, et accessoirement 18.

Communication par le biais de notre site internet

Nous faisons usage de notre site internet pour la communication d'informations générales à nos assurés. L'utilisation d'un site web pour informer un assuré est considérée comme adaptée au contexte dans lequel sont conduites les affaires, s'il est prouvé que cet assuré a un accès régulier à l'internet. La fourniture par l'assuré d'une adresse E-mail comme moyen de communication aux fins de la conduite de ses affaires avec nous constitue une preuve de cet accès régulier.

Traitement des plaintes

Si vous avez une plainte concernant la gestion de votre contrat, vous pouvez nous contacter par courrier postal (Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE), par voie électronique (gestion-des-plaintes@neutrahospi.be) ou via notre site web (www.neutrahospi.be).

Si nous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée à votre plainte, vous pouvez contacter le Service Ombudsman Assurances dont le siège est situé Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles – Tel 02/547.58.71 – Fax. 02/547.59.75 (info@ombudsman.as ou www.ombudsman.as).

Fourniture de conseils

Nous fournissons nos conseils en fonction de votre situation individuelle en vue de vous offrir le produit qui correspond à vos exigences et besoins. Ce conseil ne se fonde pas sur une analyse impartiale des produits disponibles sur le marché.

Protection des données à caractère personnel

Il est veillé au respect des exigences du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. La Déclaration en matière de protection des données à caractère personnel de la SMA Neutra est consultable sur son site internet à l'adresse www.neutrahospi.be. Son Délégué à la protection des données est joignable par téléphone au 04/254.58.91, par courriel à protection_donnees@neutrahospi.be et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 Liège.

Coûts et frais liés

A partir du 1^{er} janvier 2018, avant la conclusion du contrat et à chaque échéance du contrat, le détail des coûts et frais liés au service d'intermédiation en assurances vous sera transmis.

Droit applicable

Les présentes conditions sont régies et interprétées conformément au droit belge.