



Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE

Tél : 04 254 54 90 Fax : 04254 54 37

Email : info@neutrahospi.be

N° d'entreprise : 0472.020.311

Site Web: www.neutrahospi.be

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

Je soussigné(e) (à compléter en MAJUSCULES)

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : /

N° de compte financier : - -

- Sollicite l'assurance hospitalisation** à partir du à : NEUTRA BASE (*)
NEUTRA OPTIMUM (*)
NEUTRA + (*)
NEUTRA CONFORT (*)
NEUTRA TOP (*)

- Sollicite l'assurance de soins dentaires Dentalis** à partir du

pour les personnes reprises ci-dessous :

NOM	PRENOM	N° NATIONAL (**)	Assurance hospitalisation (***)	Assurance dentaire (***)
Le souscripteur ci-dessus désigné			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Biffer la mention inutile. (**) A défaut, la date de naissance. (***) Cochez la case conformément au choix opéré ci-avant

Les données à caractère personnel traitées par la SMA Neutra le sont conformément aux 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. Vous pouvez faire part de toute interrogation au sujet de cette réglementation au Délégué à la Protection des Données de la SMA, joignable au 04/258.58.91, par courriel à protection_donnees@neutrahospi.be et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 LIEGE. 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.

Si vous étiez couvert par une assurance hospitalisation et/ou dentaire, veuillez nous transmettre la (les) attestation(s) d'assurance(s) remise(s) par votre ancien assureur.

Fait àle.....Signature.....

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

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 personnes à assurer	Numéro National

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.

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

non oui : assurance dentaire qui couvre le souscripteur le(s) assuré(s)
 assurance hospitalisation qui couvre le souscripteur le(s) assuré(s)

4) Vous souhaitez être assuré pour

a) L'hospitalisation :

Souhaitez-vous un remboursement de vos frais pré et post-hospitaliers et des frais liés à une maladie grave ?

oui non

Si vous avez répondu « non » à la question précédente (4a)), vous préférez :

un remboursement de maximum 1.000 € par année civile
100 € pour une hospitalisation de jour un remboursement de maximum 3.000 € par année civile
200 € pour une hospitalisation de jour

Si vous avez répondu « oui » à la question (4a)), en cas d'hospitalisation, vous préférez :

une chambre à 2 lits ou une chambre commune, un remboursement de maximum 30€ par jour d'hospitalisation et maximum 1 fois le montant de l'honoraire légal pour les suppléments d'honoraires ;
 une chambre particulière, un remboursement de 100€ par jour d'hospitalisation et maximum 3 fois l'intervention de l'A.M.I. pour les suppléments d'honoraires ;
 une chambre particulière, un remboursement de 200€ par jour d'hospitalisation et maximum 4 fois l'intervention de l'A.M.I. pour les suppléments d'honoraires.

b) Les soins dentaires :

Vous souhaitez obtenir des remboursements pour vos soins préventifs et curatifs, l'orthodontie, la parodontologie, les prothèses et implants.

Vous avez été conseillé

A compléter par le conseiller :

Nom et prénom du conseiller :

Sur base des renseignements qui précèdent, nous conseillons de souscrire au(x) produit(s) suivant(s) :

- Neutra Base Neutra Optimum Neutra + Neutra Confort Neutra Top
 Dentalis

pour les raisons suivantes :

.....
.....

A compléter par le souscripteur :

Je reconnais expressément avoir déclaré de façon exacte toutes les circonstances connues et susceptibles d'influencer le conseil fourni par la SMA Neutra

- Je décide de suivre ce conseil et souhaite souscrire au(x) produit(s) conseillé(s)
 J'opte, en connaissance de cause, pour la couverture suivante, malgré le conseil donné :

Vous n'avez pas été conseillé

Je n'ai pas sollicité de conseil et reconnais avoir été correctement informé via les informations mises à ma disposition notamment par les brochures informatives et le site web de la SMA Neutra. Je souhaite souscrire au(x) produit(s) suivant(s) :

- Neutra Base Neutra Optimum Neutra + Neutra Confort Neutra Top
 Dentalis

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

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

Une copie du présent 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 preneur d'assurance. 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 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)