



## FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

*Coordonnées*

NOM ET PRENOM: \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° NATIONAL : \_\_\_\_\_  
(A DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE MAIL : \_\_\_\_\_

N° de compte bancaire :

<b>B</b>	<b>E</b>																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ou coller une vignette mutuelle

Sollicite **l'assurance hospitalisation** à partir du : .....

- NEUTRA BASE (\*)
- NEUTRA OPTIMUM (\*)
- NEUTRA + (\*)
- NEUTRA CONFORT (\*)
- NEUTRA TOP (\*)

Sollicite **l'assurance Dentalis** à partir du : .....

Paiement des primes (\*) :

- VIREMENT ANNUEL
- DOMICILIATION MENSUELLE – TRIMESTRIELLE – SEMESTRIELLE – ANNUELLE

Je souhaite communiquer avec les services de Neutra (\*):

- DE MANIERE ELECTRONIQUE
- PAR COURRIER POSTAL

(\*) cocher l'option désirée

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

*LISTE DES PERSONNES A ASSURER*

<b>Nom et prénom</b>	<b>N° National</b>	<b>Produit(s) choisi(s)</b>
<i>Souscripteur désigné</i>		

Je confirme avoir pris connaissance de la déclaration en matière de protection des données à caractère personnel et donne mon consentement à la SMA Neutra au traitement de mes données à caractère personnel.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Pour la SMA Neutra :

**Signature du souscripteur :**  
**(Précédée de « lu et approuvé »)**

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

A l'aide des questions ci-après, nous effectuons une analyse des besoins 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 pourrons pas procéder à l'analyse de vos besoins ni vous fournir un conseil circonstancié si vous ne répondez pas ou ne répondez que partiellement.

**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)

**Je m'engage à transmettre la (les) attestation(s) d'assurance(s) remise(s) par mon ancien assureur à la SMA Neutra.**

**Vous souhaitez être assuré pour :**

**a) L'hospitalisation :**

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

- oui  non

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

- une chambre à 2 lits ou une chambre commune sans franchise, un remboursement de maximum 30€ par jour d'hospitalisation et maximum 1 fois le montant de l'honoraire légal pour les suppléments d'honoraires;  
 possibilité de chambre particulière avec franchise de 125€, un remboursement de 100€ par jour d'hospitalisation et maximum 3 fois le montant de l'honoraire légal pour les suppléments d'honoraires ;  
 possibilité de chambre particulière avec une franchise de 100€ un remboursement de 200€ par jour d'hospitalisation et maximum 4 fois le montant de l'honoraire légale pour les suppléments d'honoraires.

**b) Les soins dentaires (assurance Dentalis) :**

- 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 \_\_\_\_\_

Pour la SMA Neutra :

**Signature du souscripteur :**  
**(Précédée de « lu et approuvé »)**

## 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@neutrassur.be](mailto:info@neutrassur.be) ;  
[dentalis@neutrassur.be](mailto:dentalis@neutrassur.be) - Site web: [www.neutrassur.be](http://www.neutrassur.be)

Société Mutualiste d'assurances, agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales des 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 dentaire.

### 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.neutrassur.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 :

Souscripteur :

Nom :

Nom :

Prénom :

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@neutrassur.be](mailto:gestion-des-plaintes@neutrassur.be)) ou via notre site web ([www.neutrassur.be](http://www.neutrassur.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](mailto:info@ombudsman.as) ou [www.ombudsman.as](http://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.neutrassur.be](http://www.neutrassur.be). Son Délégué à la protection des données est joignable par téléphone au 04/254.58.91, par courriel à [protection\\_donnees@neutrassur.be](mailto:protection_donnees@neutrassur.be) et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 Liège.

### **Coûts et frais liés**

A partir du 1<sup>er</sup> 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.

