



FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Coordonnées

NOM ET PRENOM: _____

ADRESSE : _____

Ou coller une vignette mutuelle

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

N° TELEPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

N° de compte bancaire :

B	E																		
----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

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

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

- DE MANIERE ELECTRONIQUE
- PAR COURRIER POSTAL

(*) cocher l'option désirée

Le paiement des primes se fait par défaut par virement annuel. Si vous souhaitez fractionner vos paiement, veuillez compléter le Mandat de domiciliation européenne SEPA.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

LISTE DES PERSONNES A ASSURER

Nom et prénom	N° National	Assurance hospitalisation	Assurance dentaire
<i>Souscripteur désigné</i>		<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"/>

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 »)

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 nécessaires 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 do

nnées 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@neutrassur.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@neutrassur.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)

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

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 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.

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 ;
dentalis@neutrassur.be - Site web: 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) ou via notre site web (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 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.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 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.

Instructions à l'attention des assurés

Fiche explicative – NE PAS COMPLETER

Merci de veiller à ce que les points ci-dessous soient complétés :

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Coordonnées

NOM ET PRENOM: _____

ADRESSE : _____ **1** Du coller une vignette mutuelle.

N° NATIONAL : _____ (A. DEBUT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : _____ / _____

ADRESSE MAIL : _____

N° de compte financier : **2**

Sollicite l'assurance hospitalisation à partir du : _____

NEUTRA BASE (*)

NEUTRA OPTIMUM (*)

NEUTRA + (*) **3**

NEUTRA CONFORT (*)

NEUTRA TOP (*)

Sollicite l'assurance Dentails à partir du : _____

Paiement des primes :

VIREMENT ANNUEL

DOMINIATION MENSUELLE – TRIMESTRIELLE – SEMESTRIELLE – ANNUELLE (*) **4**

Je souhaite communiquer avec les services de Neutra :

DE MANIÈRE ELECTRONIQUE

EN VERSION PAPIER

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.

- 1) Indiquer vos coordonnées ou coller une vignette mutuelle à l'endroit prévu à cet effet.
- 2) Le numéro de compte sur lequel vous souhaitez être remboursé doit TOUJOURS être mentionné.
- 3) Merci de TOUJOURS cocher l'une des cases proposées, relatives au produit pour lequel vous souhaitez souscrire.
- 4) Indiquer le type de paiement que vous désirez.

(*) indique la mention inutile

Les données à caractère personnel recueillies par la SMA Neutra le sont conformément aux exigences du Règlement (UE) n° 609/2014 relatif à la protection des personnes physiques en ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous pouvez être informé de notre traitement au sujet de notre réglementation au sujet de la protection des données de la SMA, disponible par téléphone au 020303 0000, par courrier à sma@smaneutra.be ou par courrier électronique à sma@smaneutra.be. Vous pouvez également accéder à la politique de confidentialité de la SMA Neutra sur www.smaneutra.be.

LISTE DES PERSONNES BENEFICIANT DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE SOUSCRITE

Nom et prénom assuré(s)	N° National	Sexe
Souscripteur désigné		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
5		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F

- 5) Mentionner les personnes pour lesquelles vous souhaitez l'assurance hospitalisation y compris le souscripteur.

Fait à : _____, le _____

6

Signature du souscripteur : _____ Pour la SMA Neutra : _____
(Précédée de « lu et approuvé »)

- 6) Vous devez TOUJOURS dater et signer le document.