

Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à : **Mutualité Libre Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent.** Davantage d'informations : www.partena-mutualite.be.



Nouvelle affiliation Changement de produit N° d'agent : _____

Pour mettre un terme à votre (vos) contrat(s) d'assurance(s), vous devez introduire une demande de désaffiliation.

A. DONNEES DE CONTACT DU PRENEUR D'ASSURANCE (une demande d'affiliation par titulaire)

1. Nom : _____
Prénom : _____
Rue : _____ N° : _____ Boîte : _____
Code postal : _____ Localité : _____
N° de tél. privé : _____ N° de GSM : _____
Date de naissance: _____
Adresse e-mail : _____

2. Je souhaite recevoir la communication concernant mes assurances (factures, informations contractuelles, informations générales, etc.)

de manière électronique (via mail, MyMut, consultation sur le site web,...) pour autant que les documents soient disponibles de manière digitale

en version papier

3. **LANGUE DE COMMUNICATION** NL FR EN
(à défaut de choix, la langue de ce formulaire sera considérée comme la langue de communication usuelle)

4.

| |
|--|
| N° de registre national |
| |
| ou |
| Apposez ici une vignette de la mutualité |

5. **COMPTE FINANCIER** IBAN : _____
BIC : _____

Païement des cotisations par : domiciliation mensuelle
 virement trimestriel

6. **PAYEUR** (à compléter si différent du preneur d'assurance)

Identité : _____
Rue : _____ N° : _____ Boîte : _____
Code postal : _____ Localité : _____



A023111D000000494716500

B. PRENEUR D'ASSURANCE ET ASSURE(S)

| 7. Nom et prénom assuré(s) | Sexe | Date de naissance |
|----------------------------|---|-------------------|
| Preneur d'assurance A | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |
| Assuré B | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |
| Assuré C | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |
| Assuré D | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |
| Assuré E | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |
| Assuré F | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | |

C. ANALYSE DES BESOINS POUR LE PRENEUR D'ASSURANCE ET LE OU LES ASSURE(S) MENTIONNES SOUS LE CADRE B

Pour une assurance auprès de la société mutualiste d'assurances 'MLOZ Insurance'. Cette analyse doit toujours être effectuée préalablement à l'affiliation: Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, Garantie Maladies Graves et Hospitalia Continuité (10A) – Medicalia et Ambulatoire (10B) – Dentalia Plus (10C)

Afin de pouvoir vous proposer une assurance adaptée, nous procédons à l'analyse de vos souhaits et besoins sur base des questions ci-après. Nous attirons votre attention sur le risque de sous-assurance, de surassurance, d'assurances multiples et d'une mauvaise couverture d'assurance. Notre mutualité a le statut d'agent d'assurance lié à la SMA 'MLOZ Insurance' par lequel nous pouvons uniquement vous proposer de souscrire un contrat d'assurance de la SMA.

8. Vous êtes déjà couvert(s) par une assurance :

| | Nom de l'assureur* | Nom du produit* |
|---|--------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | | |
| <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires | | |
| <input type="checkbox"/> Soins dentaires | | |

* facultatif

9. Veuillez indiquer dans la case ci-dessous le nom du preneur d'assurance ou le ou les assuré(s) qui n'est (ne sont) pas couvert(s) de façon identique :

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires | |
| <input type="checkbox"/> Soins dentaires | |

Points d'attention :

Si vous disposez d'une assurance hospitalisation auprès d'un autre assureur, mais souffrez à présent d'une nouvelle affection préexistante ; sur base du questionnaire médical, les suppléments d'honoraires et de chambre lors d'un séjour en chambre particulière peuvent être exclus du remboursement.

Vous êtes au courant qu'un accouchement ne sera remboursé qu'après 9 mois d'affiliation à nos produits hospitaliers. Après 6 mois, un remboursement est prévu, exception faite des suppléments de chambre et d'honoraires en chambre particulière.

Vous demandez à être assuré(s) pour un ou plusieurs produits :

10A. L'HOSPITALISATION

Vous bénéficiez d'une assurance hospitalisation collective via votre employeur. Vous souhaitez une couverture continue afin d'avoir encore des garanties en cas d'arrêt de votre assurance hospitalisation collective (démission, changement d'employeur ou pension). Dès le moment où votre assurance groupe cessera, vous pouvez vous affilier à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus sans nouveau stage d'attente, sans nouveau questionnaire médical ni surprime. De plus, vous bénéficiez d'une intervention de maximum 50 euros par jour d'hospitalisation en complément de votre assurance collective.
(Passez au cadre 10B.)

En cas d'hospitalisation, vous donnez la préférence au type de chambre suivant :

chambre particulière chambre à 2 lits ou chambre commune

Pour le remboursement des suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation, vous donnez la préférence au pourcentage de remboursement suivant (**répondez uniquement à cette question si vous avez choisi « chambre particulière » comme type de chambre**) :

200% 300% du tarif conventionné

Pour les soins encourus avant ou après votre hospitalisation, vous souhaitez une garantie qui rembourse (**répondez uniquement à cette question si vous avez choisi « chambre à 2 lits ou chambre commune » comme type de chambre**) :

30 jours avant et 90 jours après 60 jours avant et 180 jours après

Pour les frais occasionnés par une maladie grave, vous préférez (**répondez à cette question quel que soit le type de chambre choisi**) :

être assuré(s) ne pas être assuré(s)

10B. LES SOINS AMBULATOIRES (soins prodigués en dehors de toute hospitalisation ou hospitalisation de jour) :

Un assuré ne peut être affilié qu'à un des produits de soins ambulatoires

Vous souhaitez, en plus des interventions de l'assurance obligatoire :

Le remboursement de 50% des tickets modérateurs des consultations, visites et prestations techniques, le remboursement de 50% de vos frais pharmaceutiques et une intervention dans l'achat de votre matériel (prothèses dentaires, ophtalmologiques, auditives...).

OU

Le remboursement de 75% des tickets modérateurs des consultations, visites et prestations techniques, le remboursement de 75% du montant de vos séances chez des prestataires de thérapies alternatives (par ex. psychothérapie, logopédie, ostéopathie), une intervention dans l'achat de votre matériel (oculaire et auditif) et un forfait de naissance de 250 euros par enfant.

10C. LES SOINS DENTAIRES

En ce qui concerne les soins dentaires, vous souhaitez, en plus des interventions légalement prévues, obtenir des remboursements pour des soins dentaires préventifs et curatifs, l'orthodontie, les prothèses, les implants et la parodontologie.

11. Autres exigences ou besoins spécifiques :

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Vous certifiez l'exactitude des renseignements fournis par le biais de ce formulaire et déclarez avoir précisé de façon exacte vos besoins et exigences.

D. CONTACT AVEC CONSEIL

Vous avez eu un contact avec un conseiller de la mutualité à l'occasion duquel vous avez parcouru ce questionnaire.

A COMPLÉTER PAR LE CONSEILLER CLIENTÈLE

Nom et prénom du conseiller :

Sur base de l'analyse des besoins et exigences ci-avant, nous vous recommandons le(s) produit(s) d'assurance de la SMA 'MLOZ Insurance' suivant(s) pour le preneur d'assurance et le ou les assuré(s) :

- Hospitalia Plus Hospitalia Medium Hospitalia Garantie Maladies Graves*
 Hospitalia Continuité Hospitalia Ambulatoire Medicalia Dentalia Plus

* affiliation possible uniquement si vous êtes affilié à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus

Tableau à compléter obligatoirement si proposition différenciée pour un ou plusieurs assurés :

| Nom et prénom assuré(s)* | Produit(s) choisi(s) |
|------------------------------|----------------------|
| <i>Preneur d'assurance A</i> | |
| <i>Assuré B</i> | |
| <i>Assuré C</i> | |
| <i>Assuré D</i> | |
| <i>Assuré E</i> | |
| <i>Assuré F</i> | |

Motivation du conseiller de la mutualité liée au(x) produit(s) conseillé(s) (champ à compléter obligatoirement) :

| |
|---|
| |
|---|

* conformément à l'ordre du CADRE B

A COMPLÉTER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE. COCHEZ VOTRE CHOIX

12. Moi, « preneur d'assurance » suis le conseil ci-dessus et souhaite m'assurer au(x) produit(s) d'assurance conseillé(s). Je reconnais que le contenu du contrat d'assurance que j'ai choisi correspond à mes besoins et exigences et que j'ai été expressément informé de la portée et des limites de ce(s) produit(s) d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les conditions générales et la (les) fiche(s) infos du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'ai reçu un exemplaire de ces documents ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.
13. Moi, « preneur d'assurance » ne suis pas l'avis du conseiller clientèle.
(Passez au cadre E)

E. CONTACT SANS CONSEIL OU CONSEIL NON SUIVI

Complétez ce cadre si vous n'avez eu aucun contact (dans une agence) avec un conseiller clientèle ou si vous désirez vous assurer à un ou des produit(s) différent(s) que celui/ceux proposé(s) par le conseiller clientèle (dans une agence) : Cochez votre choix

14. Moi, « preneur d'assurance » n'ai pas eu de contact avec un conseiller clientèle. Je n'ai dès lors reçu aucun conseil. Je reconnais expressément avoir pris connaissance des conditions générales et de la (des) fiche(s) info(s) du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) via un support écrit ou sur internet, de la portée et des limites du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) qui correspond(ent) à mes besoins et exigences.
15. Moi, « preneur d'assurance » ne suis pas le conseil ci-dessus et je confirme expressément mon souhait de m'assurer au(x) produit(s) d'assurance suivant(s). Je reconnais que le contenu du contrat d'assurance que j'ai choisi correspond à mes besoins et exigences et que j'ai été expressément informé de la portée et des limites de ce(s) produit(s) d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les conditions générales et la (les) fiche(s) infos du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) sur un support écrit ou sur internet. J'ai reçu un exemplaire de ces documents ainsi que toutes les informations complémentaires nécessaires. J'ai été informé de l'adresse du site internet sur lequel je peux les consulter.
16. Moi, « preneur d'assurance » et le ou les assuré(s) souhait(e)ons nous assurer au(x) produit(s) d'assurance suivant(s) :
- Hospitalia Plus Hospitalia Medium Hospitalia Garantie Maladies Graves*
 Hospitalia Continuité Hospitalia Ambulatoire Medicalia Dentalia Plus

* affiliation possible uniquement si vous êtes affilié à Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus

Si vous n'avez pas suivi les conseils que l'on vous a donnés, merci d'indiquer la raison :

| |
|------------------|
| |
|------------------|

17. Tableau à compléter obligatoirement si proposition différenciée pour un ou plusieurs assurés :

| Nom et prénom assuré(s) | Produit(s) choisi(s) |
|-------------------------|----------------------|
| Preneur d'assurance A | |
| Assuré B | |
| Assuré C | |
| Assuré D | |
| Assuré E | |
| Assuré F | |

* conformément à l'ordre du cadre B

18. Fait à : le / /

| | |
|--------------------------|-----------|
| 19. Preneur d'assurance* | Signature |
| | |

* à compléter obligatoirement

Signature du conseiller clientèle

| |
|----------|
| |
|----------|

Par la signature de la présente demande, je déclare avoir pris connaissance de l'information relative à la protection de la vie privée, à la page 6 du document. Je m'engage à respecter les statuts de la SMA. **Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.** Pour chaque candidat assuré à l'affiliation aux produits Hospitalia et à la Garantie Maladies Graves, j'annexe à la présente, sous pli fermé individuel, un questionnaire médical à l'attention du Conseiller Médical. J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Partena-OZV est un agent d'assurances (n° OCM 5006c) pour 'MLOZ Insurance', la SMA des Mutualités Libres, (Route de Lennik 788 A, 1070 Bruxelles - RPM Bruxelles, 422.189.629) agréé sous le n° OCM 750/01 (pour les branches 2 et 18).

COMMENT COCHER LES CASES REPRISES AU RECTO DE CETTE DEMANDE D’AFFILIATION OU DE CHANGEMENT DE PRODUIT ?

Toute personne ne peut s’affilier à la SMA (Société mutualiste d’assurances) ‘MLOZ Insurance’ et le rester que si elle est affiliée aux services complémentaires de l’une des 4 sections suivantes : Partenamut (509) – Freie Krankenkasse (515) – OZ (501) – Partena Ziekenfonds (526), toutes affiliées à l’Union Nationale des Mutualités Libres.

Vous choisissez :

- la couverture hospitalisation, soit Hospitalia, soit Hospitalia Medium, soit Hospitalia Plus, la Garantie Maladies Graves, soit Hospitalia Continuité.
- la couverture des soins ambulatoires, soit Hospitalia Ambulatoire, soit Medicalia.
- la couverture des soins dentaires Dentalia Plus.

Pour toute nouvelle affiliation ou changement de produit, un conseiller clientèle est à votre disposition et vous aidera à choisir la solution adaptée à votre situation. Vous complétez et joignez un questionnaire médical pour une affiliation aux produits Hospitalia et la Garantie Maladies Graves.

ATTENTION : un questionnaire médical doit être complété pour chaque assuré. Aucun questionnaire médical ne doit être complété pour une affiliation à Dentalia Plus ou Medicalia ainsi que pour un transfert de « Hospitalia Medium » vers « Hospitalia » et de « Hospitalia Plus » vers « Hospitalia Medium », « Hospitalia » ou « Hospitalia Continuité ».

Les langues de communication avec notre SMA sont le français, le néerlandais et l’anglais.

DROIT AUX REMBOURSEMENTS

Pour pouvoir bénéficier de nos remboursements, une période de stage d’attente de 6 mois, débutant à la date d’affiliation, est prévue. Un stage de 12 mois est prévu pour Dentalia Plus pour le remboursement des prothèses, des implants et des prestations d’orthodontie et pour Medicalia pour obtenir le forfait de naissance. Il n’y a pas de stage en cas d’accident, moyennant accord du Conseiller Médical de la SMA.

Le nouveau-né n’a pas de stage si le stage des parents est terminé avant la naissance (+ exceptions). En cas d’affiliation à un produit de la SMA après une assurance similaire, le stage peut être supprimé suivant les conditions reprises dans les statuts. Aucun remboursement n’est octroyé pour une hospitalisation débutant pendant cette période de stage.

En cas de maladie préexistante, d’affection ou d’état (comme la grossesse) existant à la date d’affiliation et donnant lieu à une hospitalisation, l’intervention pour celle-ci est limitée : exclusion des suppléments de chambre et d’honoraires si l’assuré choisit un séjour en chambre particulière pour Hospitalia, Hospitalia Medium et Hospitalia Plus et pour Hospitalia Ambulatoire, il n’y aura aucun remboursement des frais ambulatoires des prestations, médicaments et prothèses qui sont directement liés à cette affection, maladie ou état préexistant(e).

En cas d’accouchement durant les 9 premiers mois d’affiliation au produit, l’accouchement pourra être considéré comme le résultat d’un état préexistant. Dans ce cas, les frais d’hospitalisation seront pris en charge, à l’exclusion des suppléments de chambre et d’honoraires lorsque l’assuré choisit de séjourner en chambre particulière, pour autant que le stage général soit terminé. Toutefois, cette limitation n’est pas d’application si l’accouchement a lieu après 9 mois d’affiliation cumulée, à une assurance mutualiste similaire et à l’assurance Hospitalia.

MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRIMES

La prime est payable par trimestre, semestre ou à l’année. La possibilité d’un paiement mensuel est soumise à une domiciliation bancaire. Elle doit être payée par anticipation, c’est-à-dire reçue avant le 1er jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire, dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l’année.

Le preneur qui ne s’est pas acquitté de sa prime avant le 1er jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Cette mise en demeure l’informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d’un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d’office a lieu.

La présente demande d’affiliation est une proposition d’assurance qui n’engage ni le candidat preneur d’assurance ni la SMA à conclure le contrat d’assurance. La signature de celle-ci ne fait pas courir la couverture.

Dans les trente jours à dater de la réception de la proposition complétée par vos soins, la SMA vous aura communiqué par lettre :

- soit son acceptation via la lettre d’acceptation (de ce fait, le contrat d’assurance prend cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la ‘Demande d’affiliation ou changement de produit’ et le ‘Questionnaire Médical’) avec ou sans limitations pour maladie ou affection ou état préexistants;
- soit son souhait, à l’initiative du Conseiller médical de la SMA, d’obtenir des informations complémentaires sur base du questionnaire médical.

En cas de demande d’informations complémentaires, vous bénéficiez d’un délai de quarante-cinq jours pour y donner suite. Si ce délai est respecté, et avec ou sans limitations pour maladie ou affection ou état préexistants, le contrat d’assurance prend cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la ‘Demande d’affiliation ou changement de produit’ et le ‘Questionnaire Médical’.

Si ce délai n’est pas respecté, le contrat d’assurance prendra tout de même cours le 1er jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la ‘Demande d’affiliation ou changement de produit’ et le ‘Questionnaire Médical’ avec, pour la maladie ou l’affection ou l’état préexistants mentionnés sur le questionnaire médical, une limitation d’intervention.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu’agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d’assurance. Notre politique en matière de vie privée (« Disclaimer ») est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier.