



SMA Hôpital Plus, société mutualiste d'assurances,
numéro d'agrément entreprise d'assurances 450/01
Siège social: Rue de Livourne 25 – 1050 Bruxelles
Numéro BCE: 0471.459.194

Offre d'assurance

Cochez la formule d'assurance que vous souhaitez:

- Hôpital Plus 100 Hôpital Plus 200 Denta Plus
 Hôpital Plus Continuité

I. Preneur d'assurance

Complétez ou collez une vignette bleue :

Numéro de membre de la mutualité : _____
Numéro de registre national : _____
Nom + prénom : _____
Rue + numéro : _____
Code postal + commune : _____

Téléphone : _____
GSM : _____
E-mail : _____

II. Personnes à assurer

- Nouveau contrat
 Ajouter un (des) assuré(s) à un contrat existant

Indiquez dans ce champ les noms des personnes à assurer:

Nom + prénom	Date de naissance
_____ / /
_____ / /
_____ / /
_____ / /
_____ / /

III. Date d'entrée en vigueur

Le contrat d'assurance prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la réception par l'assureur de la proposition d'assurance de ce document. La garantie ne peut en aucun cas prendre effet avant que l'assureur n'ait reçu la première prime.

Date d'entrée en vigueur souhaitée: / /

Voir la suite de l'offre d'assurance à la p.2

Date de réception :

La suite de l'offre d'assurance

IV. Mode de paiement

Cochez le mode de paiement souhaité. Hôpital Plus ne compte aucun frais supplémentaire pour paiement par domiciliation.

- Virement annuel
- Domiciliation annuelle
- Domiciliation trimestrielle
- Virement trimestriel
- Domiciliation mensuelle

V. Stage

Si, immédiatement avant votre contrat auprès d'Hôpital Plus, vous aviez une assurance similaire auprès d'une autre société mutualiste d'assurances ou d'un assureur privé précédent, il vous est possible d'obtenir un stage général réduit ou une exemption du stage général. À cet effet, vous fournissez à Hôpital Plus une attestation d'assurance, faite par votre assureur précédent. Ce document doit montrer clairement pour tous les assurés quand le contrat a pris effet, quand il s'est fini et si toutes les primes ont été payées. **En cas d'une assurance auprès d'un assureur privé, l'exemption ou la réduction ne s'applique pas à la détermination d'une maladie, une affection ou un état préexistant.**

VI. Information et consentement

En cochant la case ci-dessous, vous consentez au traitement de vos données à caractère personnel. Vos droits sont décrits dans la politique en matière de vie privée figurant dans la fiche d'information de l'entreprise que vous pouvez consulter sur notre site web.

- J'autorise la SMA Hôpital Plus à traiter les données relatives à ma santé en vue et dans le cadre de l'exécution et la gestion de mon contrat d'assurance.**

Déclarations

- L'offre d'assurance n'engage ni le candidat-preneur d'assurance, ni la SMA Hôpital Plus à conclure un contrat. Si l'offre d'assurance a été complétée avec l'intention d'ajouter un nouvel assuré à un contrat existant, l'offre d'assurance n'engage ni le candidat-assuré, ni la SMA Hôpital Plus à cette entrée au contrat.
- Le preneur d'assurance déclare que les informations sur ce document sont précises, complètes et correctes.
- Toutes plaintes concernant les contrats d'assurances et leur exécution peuvent être adressées à la SMA Hôpital Plus, Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, ou à Ombudsman des Assurances Belgique, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles.

Fait le / / , à _____

Signature du preneur d'assurance:

Déclaration-MiFID

À compléter par le client

Prénom + Nom : _____
Rue + numéro : _____
Code postal + Commune : _____
Date de naissance : / /

Cochez ce qui convient

Avez-vous déjà une assurance soins de santé facultative fournie par votre employeur ou à titre personnel ?

- NON OUI, une assurance hospitalisation OUI, une assurance soins dentaires
 OUI, une assurance coûts soins ambulatoires

Par quel(s) type(s) d'assurance êtes-vous intéressé(e) ?

- une assurance hospitalisation qui couvre les frais :
avec montant plafond annuel de € 15000 / € 25000 (biffer les mentions inutiles)
 une assurance soins dentaires
 une assurance continuité

Si vous étiez hospitalisé(e), vous préféreriez séjourner dans une chambre :

- particulière
 à deux lits ou commune

Exigences spécifiques du candidat-assuré

À compléter par la mutualité

Conseil de la mutualité/Hôpital Plus:

- Hôpital Plus 100 Hôpital Plus 200 Denta Plus Hôpital Plus Continuité

Voir la suite de la déclaration-MiFID à la p.4

La suite de la déclaration-MiFID

À soussigner par le client

Je soussigné(e) _____ (prénom + nom), déclare par la présente avoir obtenu des informations suffisantes et correctes sur les produits d'Hôpital Plus. Sur base d'une analyse de mes exigences et besoins (*devoir de diligence*), un collaborateur d'Hôpital Plus m'a suggéré l'assurance qui correspond le mieux au résultat de cette analyse.

J'ai choisi de

- suivre ce conseil**
- ne pas suivre ce conseil.**

Grâce aux informations reçues (fiche d'information compagnie, fiche produit et conditions générales), j'ai pris connaissance des conditions en vigueur dans l'assurance à laquelle je me suis affilié(e). De même, je suis informé(e) des garanties spécifiques que m'offre ce contrat et des primes auxquelles je suis tenu(e).

Faite à _____ (lieu) le / / (date).

Signature client

SMA Hôpital Plus

Liste de contrôle MiFID

Coordonnées candidat-assuré

Nom:

Prénom:

Adresse:

Code postal et localité:

Mutualité:

Liste de contrôle MiFID

1. Informations sur la SMA Hôpital Plus

- Au moyen de la fiche d'information de la compagnie, le candidat-assuré a reçu les informations concernant la SMA Hôpital Plus en tant que assureur
- Le candidat-assuré a reçu un exemplaire de cette fiche d'information

2. Informations générales sur les produits d'assurance offerts

- Le candidat-assuré a reçu des explications générales sur les différents produits d'assurance offerts par la SMA Hôpital Plus
- Le candidat-assuré a spécifié sur quels produits d'assurance il souhaite recevoir plus d'informations

3. Analyse des exigences et besoins du candidat-assuré ("Know your customer")

- Afin de respecter le devoir de diligence, les exigences du candidat-assuré ont été vérifiées
- Dans le même cadre, les besoins du candidat-assuré ont été examinés
- Le résultat de l'examen des exigences et besoins du candidat-assuré a été comparé aux différents produits d'assurance
- Sur base de cette comparaison, un produit d'assurance qui correspond aux exigences et besoins du candidat-assuré a été proposé

4. Informations sur le produit d'assurance proposé

- Au moyen de la fiche produit, les avantages spécifiques du produit d'assurance ont été expliqués
- Au moyen de cette fiche, le candidat-assuré a reçu les informations concernant les garanties du produit d'assurance proposé
- Le candidat-assuré a reçu un exemplaire de la fiche produit de l'assurance proposée
- Les conditions générales de l'assurance proposée ont été expliquées au candidat-assuré
- Le candidat-assuré a reçu un exemplaire de ces conditions générales

Le candidat-assuré certifie que les points mentionnés ci-dessus ont été suivis et qu'il/elle a reçu les informations et les documentations concernées.

Date:

Pour la SMA Hôpital Plus,

Le candidat-assuré,

(nom + prénom)

