

## Déclaration-MiFID

### À compléter par le client

<p><b>Prénom + Nom :</b> _____</p> <p><b>Rue + numéro :</b> _____</p> <p><b>Code postal + Commune :</b> _____</p> <p><b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / .....</p>
---

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 25 000 euros / 50 000 euros (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:

- MLcare+    MLcomfort+    Denta Plus    MLcontinuité+

## 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).