

Analyse des besoins

www.hospitalia.be - www.dentaliaplus.be

PRENEUR D'ASSURANCE :

Nom :
(nom de jeune fille s'il s'agit d'une femme mariée)

Prénom :

Veuillez apposer une vignette ici
ou
indiquez votre date de naissance et votre code postal

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Code postal :

--	--	--	--

NOM ET PRENOM DES PERSONNES ASSURÉS	DATE DE NAISSANCE										
Preneur d'assurance :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>										

Vous confirmez votre choix de recevoir les informations légales, précontractuelles et contractuelles, par voie électronique ou de les consulter sur le site Web, sauf si celles-ci ne sont pas (encore) disponibles électroniquement. Votre adresse e-mail :

Afin de pouvoir vous proposer une assurance adaptée, nous procédons à une 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.

Analyse des besoins pour une assurance de la société mutualiste d'assurances "Mutuelle Entraide Hospitalisation"
 Merci de cocher les cases correspondantes à vos choix
 Vous êtes couverts par une assurance :

Hospitalisation par l'assureur : Soins dentaires par l'assureur :

Soins ambulatoires par l'assureur :

Exigences générales : vous demandez à être assuré pour :

*** L'hospitalisation**

Vous êtes déjà couvert par une assurance hospitalisation collective (employeur), mais vous souhaitez prévoir dès maintenant une couverture sans nouveau stage ni nouveau questionnaire médical et sans surprime, pour le jour où votre couverture actuelle cessera. De plus, vous souhaitez bénéficier d'une intervention de max. 50 € par jour en complément de votre assurance collective.

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

Chambre particulière Chambre à 2 lits ou chambre commune

Pour les **soins encourus avant ou après votre hospitalisation**, vous souhaitez :

une garantie qui rembourse les frais posthospitaliers une garantie qui rembourse les frais pré- et posthospitaliers

Pour les frais occasionnés par une **maladie grave**, vous préférez :

ne pas être assuré être assuré

Vous disposez d'une assurance hospitalisation auprès d'un autre assureur, mais vous 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 paiement.

Vous êtes au courant qu'un accouchement ne sera totalement 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.

*** Les soins ambulatoires** (consultations, visites, médicaments, prothèses,...)

En ce qui concerne les soins ambulatoires, vous souhaitez, en plus des interventions de l'assurance obligatoire, le remboursement des consultations, visites et prestations techniques des médecins, dentistes, kiné et infirmières, logopèdes, médicaments, prothèses dentaires et ophtalmologiques.

*** 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 ou curatifs, l'orthodontie, les prothèses, les implants et la parodontologie.

*** Autres exigences ou besoins spécifiques :**

Vous confirmez avoir déclaré exactement toutes les données susceptibles d'influencer la présente analyse. .



Vous avez eu un contact avec un conseiller de la mutualité
A compléter par le conseiller de la mutualité :

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 "Mutuelle Entraide Hospitalisation" suivant(s) :

Hospitalia Plus Hospitalia Hospitalia Continuité

Hospitalia Ambulatoire

Dentalia Plus

Si pas d'application pour tous les assurés, merci de l'indiquer dans la motivation ci-dessous.

Motivation du conseiller de la mutualité :

.....

.....

.....

.....

A compléter par le preneur d'assurance : Cochez votre choix

Je suis le conseil ci-dessus et souhaite souscrire le(s) produit(s) d'assurance conseillé(s)

Je ne suis pas le conseil ci-dessus et confirme expressément mon souhait de souscrire le(s) produit(s) d'assurance suivant(s) :

.....

Je reconnais que le contenu du contrat d'assurance que j'ai choisi correspond à mes exigences et besoins et que j'ai été expressément informé(e) de la portée et des limites de ce(s) produit(s) d'assurance. Ma mutualité a parcouru avec moi et m'a fourni les conditions générales du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) par un support écrit ou sur internet. J'en ai reçu un exemplaire avec toutes les informations complémentaires nécessaires, et j'ai été informé de l'endroit exact du site internet sur lequel je peux me les procurer.

Vous n'avez eu aucun contact avec un conseiller de la mutualité : Cochez votre choix

Je n'ai pas eu de contact avec un conseil de la mutualité et n'ai dès lors reçu aucun avis. Je reconnais expressément avoir été suffisamment informé(e) via un support écrit ou internet, de la portée du (des) produit(s) d'assurance choisi(s) qui correspondent à mes besoins et exigences.

Je souhaite souscrire le(s) produit(s) d'assurance suivant(s) :

Hospitalia Plus Hospitalia Hospitalia Continuité

Hospitalia Ambulatoire

Dentalia Plus

Si tous les assurés ne choisissent pas le même produit d'assurance, merci de l'indiquer ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

Fait en un exemplaire dont une copie destinée au preneur d'assurance.

A compléter par le preneur d'assurance :

Fait à

Le/...../20.....

Signature du preneur d'assurance

A compléter par le conseiller :

Fait à

Le/...../20.....

Signature du conseiller