Demande d'inscription d'un enfant "personne à charge"

helan
Mutualité libre

Renvoyez ce document au Service Gestion clientèle de la mutualité
- Grâce à **Mon Helan**, votre mutualité en ligne, **la rubrique 'Naissance'**, vous pouvez nous envoyer ce document par voie numérique
- Par courrier : **Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk**
- En ligne via **www.helan.be/dossier-naissance**

Davantage d'informations? **www.helan.be**

Nous soussignés,

(1) Nom et prénom : .....

Numéro de registre national : .....

Lien avec la personne à charge : .....

(2) Nom et prénom : .....

Numéro de registre national : .....

Lien avec la personne à charge : .....

Demandons l'inscription de :

Nom et prénom : .....

Numéro de registre national : .....

A charge de : .....

(Le nom ainsi que le prénom de la personne chez qui l'enfant doit être inscrit à charge pour la mutualité, et ce sans conséquences au niveau fiscal)*

Et mon enfant peut

☐ **peut** EFFECTIVEMENT être ajouté aux assurances complémentaires du (des) parent(s) affilié(s)

Attention : l'assurance Dentalia Plus ne sera plus commercialisée à partir du 1/7/2023. Vous et/ou votre partenaire êtes affiliés à Dentalia Plus et vous souhaitez que votre nouveau-né bénéficie lui aussi d'une assurance dentaire ? Alors affiliez-le à Dentalia Up sans stage d'attente en complétant les pages 2 à 4 de ce document.

☐ NE **peut** pas être ajouté aux assurances complémentaires du (des) parent(s) affilié(s)

Nous informons immédiatement Helan Mutualité libre en cas de changement de situation familiale ou d'assurance.

Dès réception de ce formulaire, Helan procédera :

1. au versement automatique de la prime de naissance de 150 euros par parent affilié
2. à la confirmation de l'inscription de votre enfant auprès d'Helan
   - Vous recevrez automatiquement des vignettes d'identification 10 jours après l'inscription
   - Vous recevrez automatiquement une carte ISI+ 21 jours après l'inscription
   - Vous recevrez un bon de réduction allant jusqu'à 150 euros valable dans notre Boutique de soins Helan
3. à la confirmation de l'inscription de votre enfant auprès des assurances demandées

(1) Date : ..... /..... /.....

Signature partent 1:

(2) Date : ..... /..... /.....

Signature parent 2:

Vignette	Vignette

* Toute demande qui n'est pas liée à une modification de la situation de la personne à charge sort ses effets au 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle la demande est introduite auprès de la mutualité..En application de l'article 126 §2 de l'AR du 3 juillet 1996 et de l'article 126 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

Ce document ne doit être rempli que si vous et/ou votre partenaire êtes affiliés à Dentalia Plus et que vous souhaitez affilier votre nouveau-né à notre assurance Dentalia Up.

Pour passer de votre propre assurance dentaire à Dentalia Up, veuillez-vous référer à notre module d'affiliation en ligne.

DEMANDE D' AFFILIATION D'UN NOUVEAU-NÉ

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

1. Nom

Prénom

N° de téléphone 0

E-mail address

N° de registre national

ou

Apposez ici une vignette de la mutualité

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

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

☐ en version papier

3. COMPTE FINANCIER POUR LES REMBOURSEMENTS

IBAN

BIC

Paiements des primes par ☐ domiciliation bancaire ☐ virement

Fréquence de paiement ☐ année ☐ semestre ☐ trimestre ☐ mois (si domiciliation bancaire)

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

Nom, prénom

Street N° Bte

Code postal Localité

B. ASSURE(S)

5.		Nom et prénom nouveau-né	Date de naissance
	Nouveau-né A		
	Nouveau-né B		
	Nouveau-né C		

C. ANALYSE DES BESOINS POUR LES ASSURE(S) MENTIONNES SOUS LE CADRE B

Pour une assurance auprès de la société mutualiste d'assurance 'MLOZ Insurance'.
Cette analyse doit toujours être effectuée préalablement à l'affiliation.

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

8 B. **LES SOINS DENTAIRES**

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

- un remboursement des soins dentaires jusqu'à 4.000 € en cas d'accident et un remboursement jusqu'à 4.000 € pour les soins dentaires en cas de cancer ;
- des remboursements de plus en plus élevés en fonction des années d'affiliation au produit ;
- pour les soins dentaires préventifs : des remboursements jusqu'à 100 % du montant qui reste à votre charge et sans stage d'attente ;
- pour les soins dentaires curatifs, les prothèses, les implants et la parodontologie : des remboursements s'élevant jusqu'à 80 % du montant à charge ;
- pour vos frais d'orthodontie : des remboursements jusqu'à 60 % du montant à charge pour lesquels il y a eu une intervention de l'assurance obligatoire ;
- pour les soins dentaires préventifs et curatifs, un remboursement des suppléments limités à 200 %.

9. 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.
Ce cadre sera complété selon que vous choisissez de suivre ou non le produit proposé par le conseiller clientèle.
Si vous n'avez pas eu de contact avec un conseiller de la mutualité, passez directement au cadre E.

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 produit d'assurance de la SMA 'MLOZ Insurance' suivant pour le preneur d'assurance et le ou les assuré :

☐ Dentalia Up

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

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

10. ☐ Moi, "preneur d'assurance" **suis le conseil ci-dessus** et souhaite m'assurer au produit d'assurance conseillé. 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 produit d'assurance. Le conseiller clientèle a parcouru avec moi les conditions générales et la fiche infos du produit d'assurance choisi 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.

E. AFFILIATION SANS CONTACT

Complétez ce cadre si vous n'avez eu aucun contact avec un conseiller clientèle :
Cochez votre choix

12. ☐ Moi, '' preneur d'assurance '' **ai complété l'analyse des besoins moi-même sans avoir eu de conseil d'un conseillerclientèle.** Je n'ai dès lors reçu aucun conseil. Je reconnais expressément avoir pris connaissance des statuts, des conditions générales, de la fiche d'informations pré-contractuelles et de la fiche info du produit d'assurance choisi via un support écrit ou sur internet, de la portée et des limites du produit d'assurance choisi qui correspond à mes besoins et exigences.

Moi, '' preneur d'assurance '' et le ou les assuré(s) souhait(e)ons nous assurer au produit d'assurance suivant:

☐ Dentalia Up

☐ J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimaliser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

14. Fait à ....., le .....

Preneur d'assurance*	**Signature**

Signature du conseiller clientèle	

* à compléter obligatoirement

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 5 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'optimaliser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Société mutualiste d'assurances "MLOZ Insurance" agréée sous le n° de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Siège social : route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles - Belgique - (RPM Bruxelles) - N° d'entreprise : 422.189.629.

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 3 sections suivantes : Partenamut (509) – Freie Krankenkasse (515) – Helan Onafhankelijk 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 Hospitalia Ambulatoire.
- la couverture des soins dentaires Dentalia Up.

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 Up 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, l'anglais et l'allemand.

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 Up pour le remboursement des prothèses, des implants et des prestations d'orthodontie. 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' 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' 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' 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.