

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 hospitalisation à remboursement journalier forfaitaire : de € 12,30 / € 27,50 (biffer les mentions inutiles)
 une assurance soins dentaires

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

Suppléments d'honoraires moyens en chambre particulière dans les hôpitaux de la région du client :

%

Conseil de la mutualité/Hôpital Plus:

- HPLUS 100 HPLUS 200 Hospi Forfait Base Hospi Forfait Plus Denta Plus

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.** (biffer les mentions inutiles)

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