

DEMANDE DE TRANSFERT DE PRODUIT

Pour mettre un terme à votre (vos) contrat(s) d'assurance(s), vous devez introduire une demande de désaffiliation.

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

- J'ai déjà souscrit un produit dentaire (Dentalia Plus) auprès de la SMA MLOZ Insurance. Mes données de contact sont restées les mêmes. Vous pouvez donc les récupérer pour cette nouvelle affiliation. Je joins une vignette.

1. Nom

Prénom

N° de téléphone

Adresse e-mail

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, MyMut, 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

Paiement 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

Rue N° Bte

Code postal Localité

B. PRENEUR D'ASSURANCE ET ASSURE(S)

- J'ai conscience que le transfert de Dentalia Plus vers Dentalia Up est un transfert familial. Toutes les personnes précédemment assurées par Dentalia Plus sont donc transférées en même temps.

E. AFFILIATION SANS CONTACT

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

8. Moi, « preneur d'assurance » ai complété l'analyse des besoins moi-même sans avoir eu de contact avec un conseiller clientèle. Je n'ai dès lors reçu aucun conseil.
Je reconnais expressément avoir pris connaissance des statuts, des conditions générales, de la fiche info du produit d'assurance choisi ainsi que la fiche d'informations précontractuelles 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'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

9. 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. Toute omission ou inexactitude intentionnelle entraînera la nullité de l'affiliation.

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> <<https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance>> ou sur demande par courrier (MLOZ - DPO - Route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles).

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.