



Adressänderung

Kontaktdaten des Abonnenten

Ich, der/die Unterzeichnete,

Name* :

** Oder Vignette der Krankenkasse einfügen*

Vorname* :

Personalausweisnummer* :

(falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Straße :

Nummer : Box : Postleitzahl :

Stadt :

Land :

Telefon :

E-Mail :

Als Versicherungsnehmer beantrage ich:

() Kreuzen Sie die gewünschten Optionen an.*

Die Änderung meiner Adresse:

Adresse:

Straße :

Nummer : Box : Postleitzahl :

Stadt :

Land :

Die Angabe einer Postanschrift:

Adresse:

Straße :

Nummer : Box : Postleitzahl :

Stadt :

Land :

Diese Änderung gilt

auch für alle Personen, die in meinem/meinen Referenzvertrag(en) aufgeführt sind
..... Nur ein Vertragsnehmer kann den gesamten Vertrag ändern.

Gültig nur für (Name und Vorname)

Erstellt in, am **Unterschrift**

Die von der SMA Neutra verarbeiteten personenbezogenen Daten werden gemäß den Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr verarbeitet. Fragen zu dieser Verordnung können Sie an den Datenschutzbeauftragten der SMA richten, der telefonisch unter 04.254.58.91, per E-Mail unter protection_donnees@neutrassur.be und per Post unter Rue de Joie 5, 4000 Lüttich erreichbar ist. Die Erklärung zum Schutz personenbezogener Daten der SMA Neutra kann auf ihrer Website unter <https://www.neurahospi.be/> eingesehen werden.