



Demande de résiliation

Coordonnées

Je soussigné(e),

* Ou coller une vignette de mutuelle

Nom* :

Prénom* :

N° National* :
(à défaut, mettre la date de naissance)

Rue :

Numéro : Boite : Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-mail :

En ma qualité de souscripteur/assuré désire mettre fin à ce/ces contrat(s) :

Assurance hospitalisation : 50/.....

Assurance dentaire : 53/.....

À partir du
* la demande sera enregistrée selon la date de la réception du présent et du paiement des primes

Bénéficiaires concernés

Toutes les personnes reprises dans mon contrat

La(les) personne(s) nommée(s) :

Nom & Prénom : Neutra Dentalis

Nom & Prénom : Neutra Dentalis

Nom & Prénom : Neutra Dentalis

Nom & Prénom : Neutra Dentalis

Nom & Prénom : Neutra Dentalis

Motif de la résiliation

Démission volontaire

Départ vers l'assurance de mon employeur

Départ à l'étranger

Fait à, le **Signature**

Les données à caractère personnel traitées par la SMA Neutra le sont conformément aux exigences du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous pouvez faire part de toute interrogation au sujet de cette réglementation au Délégué à la Protection des Données de la SMA, joignable par téléphone au 04.254.58.97, par e-mail à protection_donnees@neutrassur.be et par courrier au Rue de Joie 5 à 4000 Liège. La Déclaration en matière de protection des données à caractère personnel de la SMA Neutra est consultable sur son site à l'adresse <https://www.neutrahospi.be> .