



Kündigungsantrag

Kontaktdaten

Ich, der/die Unterzeichnete,

** Oder einen Aufkleber der Krankenkasse einfügen*

Name* :

Vorname* :

Nationalnummer* :
(falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Straße :

Hausnummer : Postfach : Postleitzahl :

Stadt :

Land :

Telefon :

E-mail :

In meiner Eigenschaft als Versicherungsnehmer/Versicherter möchte ich diesen/diese Vertrag(e) kündigen :

Krankenhausversicherung : 50/.....

Zahnversicherung : 53/.....

Ab dem

** Der Antrag wird entsprechend dem Datum des Eingangs dieses Schreibens und der Zahlung der Prämien registriert*

Betroffene Begünstigte

Alle in meinem Vertrag aufgeführten Personen

Die genannte(n) Person(en) :

Name & Vorname : Neutra Dentalis

Name & Vorname : Neutra Dentalis

Name & Vorname : Neutra Dentalis

Name & Vorname : Neutra Dentalis

Name & Vorname : Neutra Dentalis

Grund für die Kündigung

Freiwilliger Austritt

Wechsel zur Versicherung meines Arbeitgebers

Ausreise ins Ausland

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.