



Demande de modification de compte bancaire

Lié aux remboursements des prestations d'assurance

Coordonnées du souscripteur

Je soussigné(e),

Nom* :
 * Ou coller une vignette de mutuelle

Prénom* :

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

Rue :

Numéro : Boite : Code postal :

Ville :

Pays :

Sollicite la modification du compte bancaire pour les remboursements des frais et soins liés au :

- Contrat d'assurance hospitalisation : 50/
- Contrat d'assurance dentaire : 53/

Sur le numéro de compte bancaire **(obligatoire)** :

BIC **(obligatoire en cas de compte étranger)** :

Titulaire du compte bancaire :

Ce numéro de compte est uniquement valable pour :

| Registre National | Nom | Prénom |
|-------------------|-----|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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> .