



Antrag auf Änderung der Bankverbindung

Im Zusammenhang mit der Erstattung von Versicherungsleistungen

Kontaktdaten des Versicherungsnehmers

Ich, der/die Unterzeichnete,

Name*:
 * Oder Vignette der Krankenkasse einfügen

Vorname*:

Nationalnummer*:
 (falls nicht vorhanden, Geburtsdatum angeben)

Straße :

Nummer : Box : Postleitzahl :

Stadt :

Land :

beantrage die Änderung der Bankverbindung für die Erstattung von Kosten und Behandlungen im Zusammenhang mit:

- Krankenhausversicherungsvertrag : 50/
- Zahnversicherungsvertrag : 53/

Auf das Bankkonto mit der Nummer (**obligatorisch**) :

BIC (**obligatorisch bei ausländischen Konten**) :

Kontoinhaber:

Diese Kontonummer ist nur gültig für:

Nationales Register	Nachname	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.