



Société Mutualiste d'Assurances Neutra
Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE
N° d'entreprise : 0472.020.311
Tél. : 04 254 54 90 Fax : 04 254 54 37
Email : Info@neutrahospi.be

CHANGEMENT D'OPTION

(A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

Je soussigné(e)

Nom : _____ (Nom de jeune fille s'il s'agit d'une femme mariée)													
Prénom : _____													
Adresse : _____													
Date de naissance : _____													
N° de téléphone : _____													
Compte financier n° : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td></tr></table>				-							-		
			-							-			
<table border="1"><tr><td style="text-align: center;"><u>Coller une vignette pharmaceutique</u></td></tr></table>	<u>Coller une vignette pharmaceutique</u>												
<u>Coller une vignette pharmaceutique</u>													

sollicite la modification de mon assurance facultative hospitalisation.

Je souscris à :

- NEUTRA BASE (*)
- NEUTRA OPTIMUM (*)
- NEUTRA + (*)
- NEUTRA CONFORT (*)
- NEUTRA TOP (*)

à partir du

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Je suis informé que cette modification sera automatiquement applicable à toutes les personnes faisant partie de mon contrat à cette date.

La SMA Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données que vous communiquez à la SMA Neutra sont utilisées dans le cadre de l'intervention de votre assurance Neutra et ne sont transmises qu'au personnel chargé de traiter votre dossier. Toute personne dont les données sont traitées peut consulter ses données personnelles, les faire corriger ou, si elle a de bonnes raisons, les faire supprimer, au moyen d'une demande datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité à envoyer à la SMA Neutra. Par la présente demande, j'autorise la SMA Neutra à traiter mes données personnelles.

Fait à _____, le _____ Signature du titulaire du contrat,

(*) Biffer la mention inutile.

Agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités, Avenue de l'Astronomie 1 à 1210 Bruxelles, sous le n° 250/2