

DEMANDE DE RESILIATION

Je soussigné(e).....

Domicilié(e).....

Preneur d'assurance dans le contrat Dentalis n° désire mettre fin à ce contrat

à partir du...../...../..... pour la (les) personne(s) ci-dessous nommée(s) :

Nom Prénom.....N° registre national

Nom Prénom.....N° registre national

Nom Prénom.....N° registre national

Nom Prénom.....N° registre national

Nom Prénom.....N° registre national

Nom Prénom.....N° registre national

Pour le motif suivant : -démission volontaire (1)
 -départ vers l'assurance de mon employeur (1)
 Nom de l'employeur

 Cie d'assurance

 -départ vers l'étranger (1)

(1) Biffer la mention inutile

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 des 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 au 04/254.58.91, par courriel à protection_donnees@neutrahospi.be et par courrier Rue de Joie, n°5 à 4000 LIEGE. La Déclaration en matière de protection des données à caractère personnel de la SMA Neutra est consultable sur son site web à l'adresse www.neutrahospi.be.

Le

Signature :
(précédée de la mention « lu et approuvé »)