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
Site web : www.neutrahospi.be

CHANGEMENT D'OPTION

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 bancaire n° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

souscripteur d'assurance, sollicite la modification de mon assurance hospitalisation.

Je souscris à :
- **NEUTRA BASE (*)**
- **NEUTRA OPTIMUM (*)**
- **NEUTRA + (*)**
- **NEUTRA CONFORT (*)**
- **NEUTRA TOP (*)**

à partir du (**) | | | / | | | / | | | | |

☐ pour toutes les personnes reprises dans mon contrat 50/…… ;
☐ pour la/les personne(s) ci-dessous nommée(s) :
- NOM Prénom……
- NOM Prénom……
- NOM Prénom……
- NOM Prénom……

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 règlementation 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.

Fait à _____, le _____ **signature du souscripteur d'assurance**

(*) Biffer les mentions inutiles.
(**) Deux mois maximum à partir de la demande.