DEMANDE DE RESILIATION

Coordonnées

Je soussigné(e),

NOM ET PRENOM: _____

ADRESSE : _____

_____

Ou coller une vignette mutuelle

N° NATIONAL : _____
(A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

En ma qualité de souscripteur / assuré désire mettre fin à ce/ces contrat(s) :

- ☐ Assurance hospitalisation 50/_____
- ☐ Assurance dentaire 53/_____

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

(*) la demande sera enregistrée selon la date de la réception du présent et du paiement des primes

! Seul un souscripteur peut demander la résiliation d'un contrat d'assurance pour d'autres assurés de son dossier

- ☐ Pour toutes les personnes reprises dans mon contrat
- ☐ Pour la/les personne(s) ci-dessous nommée(s) :
  - NOM Prénom.....
  - NOM Prénom.....
  - NOM Prénom.....
  - NOM Prénom.....

Pour le motif suivant :

- ☐ démission volontaire
- ☐ départ vers l'assurance de mon employeur
- ☐ départ à l'étranger

Fait à _____ , le _____ **signature du souscripteur**

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.