



DEMANDE DE TRANSFERT

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Coordonnées

Je soussigné(e) en ma qualité de **souscripteur du nouveau contrat**, sollicite le transfert de :

NOM	PRENOM	N° REGISTRE NATIONAL

Vers mon propre dossier d'assurance (si vous ne disposez pas de contrat d'assurance, merci de nous joindre, en plus du présent document, une demande de souscription) :

- hospitalisation 50/ _____
- dentaire 53/ _____

Pour le produit (Prière de cocher le (ou les) produit(s) choisi(s)) :

- Neutra Base ;**
- Neutra Optimum ;**
- Neutra + ;**
- Neutra Confort ;**
- Neutra Top ;**
- Dentalis.**

À la date du _____

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 de 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 par téléphone au 04/254.58.91, par courrier à protection_donnees@neutrassur.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 à l'adresse www.neutrassur.be.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra