



Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE

Tél : 04 254 54 90 Fax : 04254 54 37

Email : info@neutrahospi.be

N° d'entreprise : 0472.020.311

Site web : www.neutrahospi.be

FORMULAIRE DE SOUSCRIPTION

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : /

E-mail :

N° de compte financier : - -

Sollicite l'assurance à partir du à : **NEUTRA BASE (*)**
NEUTRA OPTIMUM (*)
NEUTRA + (*)
NEUTRA CONFORT (*)
NEUTRA TOP (*)

pour les personnes reprises ci-dessous :

NOM	PRENOM	N° NATIONAL (**)	SEXE (*)
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F
			M / F

(*) Biffer la mention inutile. (**) A défaut, la date de naissance.

APPOSER ICI
UNE VIGNETTE MUTUELLE

voir verso →

ATTESTATION D'ASSURANCE
(document à faire remplir par votre ancien organisme assureur)

Par la présente, nous attestons que les personnes ci-dessous bénéficiaient d'une assurance hospitalisation auprès de notre compagnie.

Personne(s) assurée(s)	Date de naissance	Date début du contrat	Date fin du contrat	Date fin de paiement de la prime

Type de couverture

Pourcentage des suppléments d'honoraires pris en charge en cas d'hospitalisation :

.....% du prix INAMI ou% des frais réels.

Fait à, le.....

Nom de la compagnie :

Nom, signature et cachet

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 et médicales.

Fait à le..... Signature.....