

À COMPLÉTER PAR L’AFFILIÉ(E) SOUSCRIPTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Numéro national : * _____ - _____ - _____ *

Rue et n° : _____

Code postal et commune : _____

N° de téléphone : _____ / _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Compte IBAN : BE _____ BIC : _____

OU
APPOSEZ UNE VIGNETTE

Sollicite l’affiliation à l’assurance DENTALIS à partir du ____ / ____ / _____

I. PERSONNES À INSCRIRE :

NOM	PRÉNOM	NUMÉRO NATIONAL (à défaut la date de naissance)	SEXE (M/F)
1)		- - - - - - - - - -	
2)		- - - - - - - - - -	
3)		- - - - - - - - - -	
4)		- - - - - - - - - -	
5)		- - - - - - - - - -	

Les personnes mentionnées ci-dessus étaient-elles déjà couvertes par une autre assurance dentaire ? oui non

Dans l’affirmative, auprès de quelle compagnie ? _____

Depuis le ____ / ____ / _____ jusqu’au ____ / ____ / _____ (joindre une attestation de couverture)

Par la signature de la présente demande, j’accepte de me conformer aux statuts et au règlement d’ordre intérieur de la société mutualiste d’Assurances NEUTRA. J’accepte également de cotiser aux avantages et services organisés par Symbio, Mutualité Neutre. J’autorise la SMA Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Fait à _____, le : ____ / ____ / _____ Signature du souscripteur : _____

Conformément à la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l’égard du traitement de données à caractère personnel, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification quant aux données qui vous concernent. Vous pouvez obtenir d’avantage d’informations à ce sujet en vous adressant à la Commission de Protection de la Vie Privée, Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles (02/274.48.00 - www.privacycommission.be). Une plainte à formuler ? Toute plainte doit être adressée par écrit à la S.M.A. Neutra (adresse : Rue de Joie 5 à 4000 Liège - fax : 04/254.54.37 - e-mail : gestion-des-plaintes@neutrahospi.be). Si, par la suite, vous n’êtes pas satisfait de la réponse écrite reçue et que le désaccord persiste, vous pouvez vous adresser auprès du service Ombudsman des Assurances (Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles - tél : 02/547.58.71 - fax : 02/547.59.75).

