Société Mutualiste d'Assurances
reconnue par l'OCM
sous le n°250/2

Agent d'assurances reconnu par l'OCM
sous le n°2005c

CHANGEMENT D'OPTION

(A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE)

Je soussigné(e)

Nom : _____
(Nom de jeune fille s'il s'agit d'une femme mariée)
Prénom : _____

Adresse : _____

N° de registre national : _____

N° de téléphone : _____

Compte financier n° : | | | | - | | | | | | | | - | | |

Coller une vignette pharmaceutique

sollicite la modification de mon assurance facultative hospitalisation.

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

à partir du | | | / | | | / | | | | |

Je suis informé(e) du fait que cette modification sera automatiquement applicable à toutes les personnes faisant partie de mon contrat à cette date.

Fait à _____, **le** _____

Signature du titulaire du contrat,

(*) Cocher selon votre choix.