

Changement de preneur d'assurance

numéro de police Assurance Obsèques Hooghenraed

preneur d'assurance

prénom

nom

date de naissance

nouveau preneur d'assurance

prénom

nom

date de naissance

adresse

code postal et commune

adresse e-mail

téléphone

GSM

numéro de compte preneur d'assurance IBAN - - - BIC

période de paiement mensuelle (domiciliation obligatoire)*

trimestrielle

semestrielle

annuelle

* si mensuelle, prière de compléter également l'ordre de domiciliation européen.

- Par la présente, j'accepte de recevoir certaines informations légales, précontractuelles et contractuelles, si possible, non pas sur papier, mais par voie électronique ou de les consulter sur le site web www.dela.be.
- DELA peut utiliser mes données personnelles pour me procurer des informations et conseils intéressants relatifs à ses produits et services.

date

prénom, nom et signature du **preneur d'assurance**,
à faire précéder de la mention "lu et approuvé"

prénom, nom et signature du **candidat preneur d'assurance**,
à faire précéder de la mention "lu et approuvé"