

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.

☐ Oui, j'autorise DELA Assurances à partager mes données personnelles complétées ci-dessus au sein du groupe DELA afin de m'informer au sujet de leurs produits et services. Pour tout complément d'information au sujet du traitement des données à caractère personnel par le groupe DELA et sur la façon de modifier votre autorisation, consultez notre [Déclaration Vie Privée](#).

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"