

Enregistrement ou changement d'un numéro de compte pour une personne à charge mineure



Données personnelles

Nom : Prénom :
Rue : Numéro : Boîte : Index :
Code Postal : Localité : Pays :
Numéro de RN :

Données d'identification du parent 1 :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Numéro de Registre national :
.....

Données d'identification du parent 2 :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Numéro de Registre national :
.....

Les soussignés demandent à la de verser dorénavant les montants dus sur le numéro de compte suivant :

Ce compte est ouvert au nom de :

Ce numéro de compte sera utilisé pour les remboursements en soins de santé, pour les interventions d'Assurance complémentaire et d'assurances facultatives.

Date :

Signature

Signature

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.