

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Votre Nom & Prénom :

Votre N° de sécurité sociale :

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

➔ **Date d'effet de la modification :**

Changement d'état civil *renseigner votre nouvelle situation ci-dessous (vous devez joindre une nouvelle attestation vitale)*

M. / Mme / Mlle Nom Prénom.....

Nouveau N° de sécurité sociale :

Situation de famille : Célibataire Marié Divorcé Veuf Union libre Pacsé

Changement d'adresse *renseigner votre nouvelle adresse*

Adresse :

Code postal : Ville :

Changement de coordonnées bancaires *joindre le nouveau relevé d'identité bancaire*

- pour les virements de prestations
- pour les prélèvements de cotisations (mandat de prélèvement SEPA complété et signé à joindre)
- pour les virements et les prélèvements (mandat de prélèvement SEPA complété et signé à joindre)

Préciser le bénéficiaire :

Changement de régime social ou de centre de Sécurité Sociale *joindre la nouvelle attestation vitale*

Préciser le bénéficiaire :

Changement de formule un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie supérieure

Je souhaite modifier mes **garanties SMILE** et/ou **mes options optique / dentaire**

SMILE n°.....	OPTION OPTIQUE n°.....	OPTION DENTAIRE n°.....
-------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Modification(s) de bénéficiaires renseigner les ajouts, suppressions d'ayants droit ci-dessous.

AJOUT

SUPPRESSION

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE	FORMULE CHOISIE (1)
CONJOINT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ETUD' ... SMILE ... + OP... + DE...
ENFANT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ETUD' ... SMILE ... + OP... + DE...
ENFANT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ETUD' ... SMILE ... + OP... + DE...
ENFANT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ETUD' ... SMILE ... + OP... + DE...
ENFANT				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ETUD' SMILE ... + OP... + DE...

Liaison NOEMIE – Télétransmission entre la Sécurité Sociale et la mutuelle

Je souhaite bénéficier de la télétransmission des décomptes de Sécurité Sociale vers la SMIE Mutuelle :

Pour moi-même OUI / NON

Mon conjoint/concubin OUI / NON

Mes enfants OUI / NON

Si vous cochez NON, bien vouloir indiquer le nom de la mutuelle prioritaire :

.....

Fait à :

Le :

Signature

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :