BULLETIN DE MODIFICATION

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ
des **salariés des organismes de Sécurité sociale**

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : .....

SIRET : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|

N° contrat collectif : .....

N° Entreprise : .....

Document à compléter et à retourner au service RH de votre organisme.

IMPORTANT

N'oubliez pas de joindre les pièces justificatives.

1 - IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| N° d'agent : .....

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

Email : .....

Cocher la ou les case(s) correspondante(s) à votre changement de situation

Date d'effet de la modification : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Changement état civil :** renseigner votre nouvelle situation ci-dessous, compléter uniquement les zones nécessaires.

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf-veuve

☐ **Changement de régime social** (préciser le bénéficiaire) : .....

☐ **Changement de centre de Sécurité sociale :** vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

☐ **Changement de bénéficiaires :** renseigner les ajouts, modifications, suppressions d'ayants droit ci-dessous.
Vous devez joindre la ou les attestation(s) vitales(s).

2 - ADHÉSION OBLIGATOIRE

CONJOINT À CHARGE (1)

☐ Ajout
☐ Modification
☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....

Prénom : ..... CMO (Couple même organisme) : ☐

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

Catégorie socioprofessionnelle : .....

ENFANTS À CHARGE (pour les jumeaux précisez le rang)

☐ Ajout
☐ Modification
☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Rang de naissance : |_| Code (3) |_| Code statut (4) |_|

Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

☐ Ajout
☐ Modification
☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Rang de naissance : |_| Code (3) |_| Code statut (4) |_|

Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

☐ Ajout
☐ Modification
☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Rang de naissance : |_| Code (3) |_| Code statut (4) |_|

Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....

N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

BULLETIN DE MODIFICATION

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ
des **salariés des organismes de Sécurité sociale**

3 - ADHÉSION AYANT(S) DROIT NON À CHARGE (5) (adhésion facultative)

☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

☐ Ajout ☐ Modification ☐ Suppression

☐ M. ☐ Mme Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance (CP / Ville / Pays) : |_|_|_|_|_| .....
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Échange NOÉMIE (2) : ☐ oui ☐ non

Important : pour toute demande de changement d'adresse, de RIB, vous avez la possibilité de le faire en vous connectant à votre espace adhérent ou en contactant votre mutuelle.

(1) Conjoint à charge = revenus inférieurs à 10 % du PASS (Brut de l'année N-1).
(2) Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.
(3) Code : 1 = Régime général Sécurité sociale - 2 = Régime local Alsace-Moselle - 3 = Régime MSA - 4 = Autres régimes (SNCF…).
(4) Code statut : 1 = Apprenti - 2 = À charge - 3 = Étudiant - 4 = Handicapé.
(5) Est considéré comme ayant droit non à charge : le conjoint et assimilé et ses enfants, ainsi que l'enfant de l'enfant, voir Notice d'information.

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du salarié(e)	Signature de l'employeur et cachet de l'organisme

Les informations figurant sur le présent document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Dans le cadre de l'adhésion de vos salariés, ceux-ci transmettent à la SMIE mutuelle des données personnelles les concernant ou concernant leurs ayants droit (en particulier des données de santé). La SMIE mutuelle, responsable du traitement, traite leurs données pour l'exécution du contrat. Celles-ci sont conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement Général sur la Protection des Données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter les mentions légales du site internet de la SMIE Mutuelle : https://www.mutuellesmie.com/mentions-legales.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- soit par voie électronique : dpo@fdpm.fr
- soit par courrier à l'adresse suivante : SMIE Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 67 rue Anita Conti - PA Laroiseau 2 - 56000 VANNES, si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne à la CNIL.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr).