BULLETIN DE MODIFICATION INDIVIDUELS / TNS

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Votre Nom & Prénom : .....

Votre N° de sécurité sociale : I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

➲ Date d'effet de la modification: I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

☐ 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 : I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I

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 : .....

SMIE Mutuelle, 67 rue Anita Conti - Parc d'activité Laroiseau - 56000 Vannes
Tél. 02.97.01.49.38 - Fax : 02.97.47.00.87
email : contact@mutuellesmie.com- N° SIREN 407 879 709

◻ Changement de formule

Après une année d'adhésion, un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie supérieure SMILE, par la signature d'un nouveau contrat. (Sauf vers une garantie supérieure SERENIS, ces garanties n'étant plus commercialisées)

Après 3 années de contrat, un changement de garantie peut intervenir une fois par an, en cours d'année, vers une garantie inférieure SMILE par la signature d'un nouveau contrat.

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

☐ AJOUT

☐ SUPPRESSION

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE
CONJOINT (bénéficiaire 2)			/ /	I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I
ENFANT				◻ Rattaché au bénéficiaire 1 ◻ Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I
ENFANT			/ /	◻ Rattaché au bénéficiaire 1 ◻ Rattaché au bénéficiaire 2 A son propre numéro de Sécurité Sociale : I___I___.___I___.___I___.___I___.___.___I___.___.___I___.___I

◻ 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 du salarié

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