

DATE DE PRISE D'EFFET DES MODIFICATIONS : ____/____/20__

DISTRIBUÉ PAR LES MUTUELLES MEMBRES

IDENTIFICATION DU SALARIÉ

MME M. NOM : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ - NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____
 NUMÉRO D'ADHÉRENT : _____ DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE : ____/____/____
 RAISON SOCIALE DE L'EMPLOYEUR : N° SIRET : _____

NE REMPLIR QUE LES RUBRIQUES QUI ÉVOLUENT EN COCHANT LA CASE

MODIFICATION DES COORDONNÉES

➡ **Je souhaite changer de régime Sécuriré sociale :** RÉGIME : GÉNÉRAL LOCAL (ALSACE-MOSELLE)

(Je bénéficie de la télétransmission des décomptes. En cas de refus, cochez ici :)

➡ **Je souhaite changer mon adresse :** ADRESSE :

CODE POSTAL : _____ - VILLE :

EMAIL : TÉLÉPHONE FIXE : _____ - PORTABLE : _____

➡ Joindre la photocopie de l'attestation de droits à l'Assurance Maladie

➡ **Je souhaite changer mes coordonnées bancaires :** OUI NON

➡ Joindre 1 RIB pour les prélèvements, accompagné du mandat SEPA

AFFILIATION DES AYANTS DROIT / RADIATION DES AYANTS DROIT

➡ **Je souhaite affilier :** Enfant(s) Conjoint Chaque ayant droit bénéficiera des mêmes garanties que vous.

➡ **Je souhaite radier :** Enfant(s) Conjoint

Nature de l'évènement : Décès (joindre un certificat de décès) Fin de droits enfant (CDI-CDD, fin d'études) Divorce / Séparation

Autres (à préciser) :

➡ Veuillez indiquer s'il s'agit de votre enfant (E*) ou de votre conjoint (C*) pour chaque ayant droit.

| E* | C* | NOM | PRÉNOM | SEXE (M/F) | DATE DE NAISSANCE | N° DE SÉCURITÉ SOCIALE (de rattachement, le cas échéant) | TÉLÉ TRANSMISSION |
|----|----|-----|--------|--------------------------|-------------------|--|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | | | | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | | | | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | | | | <input type="checkbox"/> | ____/____/____ | _____ | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |

➡ Joindre la photocopie des attestations de droits à l'Assurance Maladie pour l'ensemble des personnes affiliées

➡ Joindre la photocopie des documents en cas de changement de situation familiale (certificat de décès, de naissance, ONC, jugement de divorce...)

➡ Joindre un RIB(s) pour le versement des prestations aux nouveaux bénéficiaires

AJOUT D'UNE OPTION / SUPPRESSION D'UNE OPTION

En fonction de la garantie mise en place à titre obligatoire par votre employeur, optez pour l'option de votre choix :

➡ **Je souhaite compléter / modifier ma garantie avec une option facultative :** (nom de l'option)

➡ **Je souhaite résilier mon option facultative :** OUI NON

En cas d'affiliation aux garanties facultatives, la cotisation sera entièrement à votre charge.

Si il y a modification de garanties facultatives, votre demande écrite doit être adressée avant le 31/10 de l'année pour effet au 01/01 de l'année suivante.

SIGNATURE SALARIÉ(E)

Fait à :

Le : ____/____/____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations fournies.

Les statuts et la notice d'information sont disponibles auprès de votre employeur. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par La Mutuelle Familiale pour la gestion de votre contrat. Elles sont conservées pendant toute la durée de votre affiliation et sont destinées au gestionnaire du contrat. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10. Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>