Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux

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° Entreprise : ____________________

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

Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| N° d'agent ____________________

Nom ____________________ Prénom ____________________

Cocher la ou les cases correspondant 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. Vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom du salarié * ____________________ Prénom ____________________

Nouveau N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

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

❒ **Changement d'adresse** : renseigner votre nouvelle adresse ci-dessous

Adresse |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code postal |_|_|_|_|_| Ville ____________________

❒ **Changement de coordonnées bancaires** : Vous devez joindre le nouveau relevé d'identité bancaire (préciser le bénéficiaire)

❒ **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).

1 Adhésion OBLIGATOIRE

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

❒ Ajout ❒ Modification ❒ Suppression — ❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Échange NOEMIE** ❒ oui ❒ non

ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux précisez le rang)

❒ Ajout ❒ Modification ❒ Suppression — ❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Échange NOEMIE** ❒ oui ❒ non

❒ Ajout ❒ Modification ❒ Suppression — ❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Échange NOEMIE** ❒ oui ❒ non

2 Adhésion FACULTATIVE

❒ Ajout ❒ Modification ❒ Suppression — ❒M. ❒Mme ❒Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Échange NOEMIE** ❒ oui ❒ non

❒ Ajout ❒ Modification ❒ Suppression — ❒M. ❒Mme ❒Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Échange NOEMIE** ❒ oui ❒ non

* Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, née y.

** Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **Signature du salarié**

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **Signature et cachet de l'employeur**

Les informations figurant sur le présent document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier. Nous vous rappelons que, conformément à la loi Informatique et libertés, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification de toute information vous concernant figurant sur les fichiers de la mutuelle. Nous vous remercions d'adresser vos courriers à ce sujet à votre mutuelle.

14296 - Réal. COM.OP ADRÉA - 11/2016