

# Bulletin de modification

Date d'effet .... / .... / 20 ....

à ne retourner  
qu'en cas de  
changement



Nom (Écrire en majuscules) ..... Prénom (Écrire en majuscules) .....  
N° adhérent.....

## État civil

Nouveau nom .....

en cas de mariage : date du mariage [ . . . ] (joindre une copie de la nouvelle attestation de la carte Vitale)

en cas de divorce : date du divorce [ . . . ] (joindre une copie du jugement de divorce)

**Nouvel ayant droit (bénéficiaire) :** je suis assuré seul ou en famille et je souhaite rajouter un ou des ayant(s) droit.  
(joindre une copie de la nouvelle attestation jointe à la carte vitale, remplir un nouveau bulletin d'adhésion et le joindre au présent document)

	Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe (1)	N° régime obligatoire	Caisse de régime obligatoire (2)	Échanges automatiques avec le régime obligatoire (3)
Conjoint/ pacsé/ concubin			[ . . . ]		[ . . . ]	[ . . . ]	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Naissance ou adoption <i>joindre une copie de l'acte de naissance ou d'adoption</i>			[ . . . ]		[ . . . ]	[ . . . ]	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant			[ . . . ]		[ . . . ]	[ . . . ]	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			[ . . . ]		[ . . . ]	[ . . . ]	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
			[ . . . ]		[ . . . ]	[ . . . ]	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

(1) Féminin = F - Masculin = M (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale (3) A défaut de réponse, notez que les échanges se feront en automatique avec le régime obligatoire. (4) Pour les salariés d'Alsace/Moselle.

## Radiation d'un ayant droit (retour impératif de la carte d'adhérent)

	Nom	Prénom	Date d'effet radiation	Motif radiation (1)
Conjoint/ pacsé/concubin			[ . . . ]	
Enfant			[ . . . ]	
			[ . . . ]	
			[ . . . ]	

(1) si radiation suite décès, joindre un bulletin de décès

**Résiliation famille :** je suis assuré en famille et je souhaite adhérer seul. Je demande donc la résiliation au 31/12/2017 de mes ayants droit.

## Nouvelle adresse

Code postal [ . . . ] Commune .....

Nouveau tél. [ . . . ]

Nouveau e-mail .....

Désirez vous effectuer ce changement d'adresse auprès du service Paie SEMITAN ?  oui  non (si oui, joindre un justificatif de domicile)

**Nouvelle domiciliation bancaire/postale** pour le virement des prestations mutuelle (joindre le nouveau relevé d'identité bancaire)

Tous les ayants droit sont concernés  oui  non

Un seul bénéficiaire est concerné  oui  non - Si oui nom, prénom .....

Ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de nos obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Vous pouvez demander, en application de la loi du 6 janvier 1978, dite « loi informatique et libertés », communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier vous concernant en vous adressant au siège social de votre mutuelle. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Conformément à l'article L. 223-1 du code de la consommation, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations, consultez le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Retournez votre bulletin à votre service RH.

Fait le .....  
Signature de l'adhérent



Harmonie  
mutuelle  
GROUPE vvv