DEMANDE DE
Changement d'employeur

NOM D'USAGE * _____

NOM DE NAISSANCE * _____ PRÉNOM * : _____

NUMÉRO ADHÉRENT SMH * : _____ DATE DE NAISSANCE* : _____

TÉLÉPHONE*: _____ TEL MOBILE : _____

COURRIEL : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

RÉFÉRENCES EMPLOYEURS :

NOM DE MON ANCIEN EMPLOYEUR : _____

NOM DE MON NOUVEL EMPLOYEUR : _____ depuis le : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TÉLÉPHONE*: _____

COURRIEL : _____

PIÈCES Á JOINDRE :

- ✓ une copie de ma nouvelle fiche de paie
- ✓ une autorisation de prélèvement sur fiche de paie ou mandat SEPA en cas de prélèvement sur compte bancaire, documents ci-après.

Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par la mutuelle SMH conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Les données recueillies précédées d'une * sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux). Ces traitements sont fondés sur leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales à laquelle la mutuelle est soumise. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous concernant. Toutes les demandes donneront lieux à une première réponse de la mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ de certains de ces droits dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la mutuelle. Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo@smh.fr , soit par courrier à Mutuelle SMH DPO - SMH, Parc Eurasanté, 310 avenue Eugène Avinée 59120 Loos.

Fait à : _____ Le _____ /_____/ 20__

Signature :

Nous contacter :
Mutuelle SMH, Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 Loos
Pôle Relation Adhérent : 03 20 10 97 10
Pôle Offre Santé Prévoyance : 03 20 90 16 10
Fax : 03 20 10 97 11 I contact@smh.fr I www.smh.fr

Mutuelle SMH, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 301 862 769, dont le siège est sis Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS.