MODIFICATION de SITUATION

Changement d'Employeur

- **Mes références**

☐ Mme ☐ M

NOM D'USAGE:……NOM DE FAMILLE :…….……

PRENOM: …….

NUMERO DE SECURITE SOCIALE: I_I I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I_I I_I_I_I Clé I_I_I

DATE DE NAISSANCE: …. / …. / ….

Mobile : …… Courriel :……@…….....

- **Mon nouvel employeur**

Mon employeur actuel:…….

Mon nouvel employeur:

NOM :…….

ADRESSE COMPLETE……..

TEL :……. Courriel : …….

A compter du: …. /…. /201…

- **LES PIECES A JOINDRE : une copie de ma nouvelle fiche de paie**

Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus.
En application de la Loi du 06/01/78 le souscripteur peut demander au Directeur de la Mutuelle communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier de la mutuelle.
Les renseignements ci-dessus faisant l'objet d'échanges informatiques entre la mutuelle et votre CPAM de rattachement, vous pouvez faire opposition à ce transfert d'information par déclaration sur papier libre.

Fait à : …… Le …. / …. / 201…
Signature :

V2012-05

Adhérente Mutualité Française

Mutuelles de France – L'échange, l'entraide, la réciprocité

Retrouvez-nous sur www.smh.fr !

Mutuelle SMH - PARC EURASANTE
310 Ave EUGENE AVINEE - 59120 LOOS
Tél : 03.20.10.97.10
Courriel : contact@smh.fr