MODIFICATION de SITUATION

Changement d'adresse

- **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: …. / …. / ……

- **Je change d'adresse à compter du : …. / …. / 201…**

Ma nouvelle adresse :

N° :…… Bâtiment …… Appartement ……

Résidence ……

☐ Avenue ☐ Rue ☐ Route ☐ Chemin ☐ Voie ☐ Lieu-dit

……

Code postal …… Ville……

Pays ……

- téléphone personnel : ……/……/……/……/……
- Téléphone professionnel : ……/……/……/……/……
- Mobile : ……/……/……/……/……
- Courriel : ……@……

Attention : Si à l'occasion de ce changement d'adresse, vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, veuillez nous joindre impérativement une copie de votre nouvelle attestation de carte vitale.

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 :

Retrouvez-nous sur www.smh.fr !

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