

MODIFICATION de SITUATIONChangement de banque**• Vos références**

NOM DE FAMILLE :NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM:

NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| Clé |_| |_|

TELEPHONE :

MOBILE :

COURRIEL :

ADRESSE :

CP : VILLE :

• Je change de Banque :

A compter du : / / 201...


Ces nouvelles coordonnées bancaires sont destinées au :**Prélèvement de mes cotisations et virement de mes prestations sur le même compte.**➔ Veuillez compléter et nous retourner signé le présent document **accompagné d'un RIB :** **Prélèvement des cotisations sur un autre compte et virement des prestations :** Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent **tous les bénéficiaires** de mon dossier. Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent **uniquement le bénéficiaire suivant** : **Virement des prestations sur un autre compte :** Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent **tous les bénéficiaires** de mon dossier. Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent **uniquement le bénéficiaire suivant** :

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 :**

Mandat de prélèvement SEPA SEPA <small>Singlé Euro Payement Area</small> <small>Zone pour le paiement trans-euro</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mutuelle SMH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle SMH. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
Référence unique du mandat :		
Identifiant créancier SEPA : FR56 ZZZ 280 593		
Débitueur :	Créancier :	
Nom, Prénom : _____	Raison sociale : Mutuelle SMH	
Votre adresse : _____	Adresse : Parc Eurasanté Ouest 310, Av. Eugène AVINEE	
Code Postal : _____ Ville : _____	Code Postal : 59120 Ville : LOOS	
Pays : _____	Pays : France	
N° Sécurité Sociale :		

IBAN		

BANQUE :	BIC	
_____	_____	
Type de paiement : <input type="checkbox"/> Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel		
Fait à _____	Le ____ / ____ / _____	
Signature :		
Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.		
<small>Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01/04/1980 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.</small>		