MODIFICATION de SITUATION

Retrait de bénéficiaire(s)

- **Mes références**

NOM DE FAMILLE :……NOM D'USAGE :……

PRENOM: ……

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

DATE DE NAISSANCE: …. / …. / ….

Mobile : …… Courriel :……..

Je souhaite procéder au retrait de la ou des personnes* ci-dessous :

1- **NOM DE FAMILLE** : ……
PRENOM : ……
NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Clé |_|_|
En qualité de : conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) / enfant *
Date de radiation souhaitée* : …. / …. / ….

2- **NOM DE FAMILLE** : ……
PRENOM : ……
NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Clé |_|_|
En qualité de : conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) / enfant *
Date de radiation souhaitée* : …. / …. / ….

3- **NOM DE FAMILLE** :……
PRENOM : ……
NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Clé |_|_|
En qualité de : conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) / enfant *
Date de radiation souhaitée* : …. / …. / ….

4- **NOM DE FAMILLE** : ……
PRENOM : ……
NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Clé |_|_|
En qualité de : conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) / enfant *
Date de radiation souhaitée* : …. / …. / ….

5- **NOM DE FAMILLE** :……
PRENOM : ……
NUMERO DE SECURITE SOCIALE: |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| Clé |_|_|
En qualité de : conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) / enfant *
* Entourer la qualité de la personne

Date de radiation souhaitée : …. / …. / ….
Le retrait prend effet au plus tôt, le dernier jour du mois en cours.

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

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