À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :
SIRET

N° Entreprise

BULLETIN DE MODIFICATION
au régime complémentaire de couverture des
FRAIS DE SANTÉ
des **SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À RETOURNER AU SERVICE RH DE VOTRE ORGANISME

Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| N° d'agent ____________________

Nom ____________________ Prénom ____________________

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

Date d'effet de la modification |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

❐ **Changement état civil** : renseigner votre nouvelle situation ci-dessous, compléter uniquement les zones nécessaires.
Vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom du salarié * ____________________ Prénom ____________________

Nouveau N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation familiale : ❐ Célibataire ❐ Marié(e) ❐ Vie maritale ❐ PACS ❐ Divorcé(e) ❐ Veuf-veuve

❐ **Changement d'adresse** : renseigner votre nouvelle adresse ci-dessous
Adresse |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Code postal |_|_|_|_|_| Ville ____________________

❐ **Changement de coordonnées bancaires** :
Vous devez joindre le nouveau relevé d'identité bancaire ou postal (préciser le bénéficiaire)

❐ **Changement de régime social** (préciser le bénéficiaire) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❐ **Changement de centre de Sécurité sociale** : vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

❐ **Changement de bénéficiaires*** : renseigner les ajouts, modifications, suppressions d'ayants droit ci-dessous.
Vous devez joindre la ou les attestation(s) vitale(s).

SPECIMEN

1 Adhésion OBLIGATOIRE

CONJOINT À CHARGE : NOM et PRÉNOM

❐ Ajout
❐ Modification
❐ Suppression

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Échange NOEMIE** ❐ oui ❐ non

ENFANTS À CHARGE : NOM et PRÉNOM (pour jumeaux préciser le rang)

❐ Ajout
❐ Modification
❐ Suppression

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Échange NOEMIE** ❐ oui ❐ non

❐ Ajout
❐ Modification
❐ Suppression

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Échange NOEMIE** ❐ oui ❐ non

2 Adhésion FACULTATIVE

❐ Ajout
❐ Modification
❐ Suppression

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Échange NOEMIE** ❐ oui ❐ non

❐ Ajout
❐ Modification
❐ Suppression

❐ M. ❐ Mme ❐ Mlle Nom ____________________ Prénom ____________________
Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_| N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
Échange NOEMIE** ❐ oui ❐ non

* Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, née y.
** Transmission des données entre les centres de Sécurité sociale et les mutuelles.

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **Signature du salarié**

Date |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **Signature et cachet de l'employeur**