Bulletin de modification

« Garantie frais de santé »

Adjonction O oui/non Modification O oui/non

Date d'effet ...../..... .... /.....

N° de gestion du contrat .....

N° d'adhérent (si déjà adhérent) .....

AMICALE CENTRE de SECOURS de :

Identification de l'adhérent

Civilité O Mr. O Mme NOM .... Prénom .....

Adresse ..... Code postal .....

Commune ..... Tél ..... Tél portable .....

E-mail (en majuscule) .....

O En cochant cette case, j'accepte de recevoir par courrier électronique des informations.

Situation familiale ..... Profession .....

Personnes à garantir (voir les justificatifs à fournir)

	Nom	Prénom	Date de Naissance	Sexe (1)	N° Régime Obligatoire	Caisse de Régime Obligatoire
Adhérent Bénéficiaire 1						
Conjoint/Concubin/ Pacsé/Bénéficiaire 2						
Bénéficiaire 3					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 4					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 5					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	
Bénéficiaire 6					O rattaché bénéficiaire 1 O rattaché bénéficiaire 2 Autre	

Régime Obligatoire de l'adhérent O Général O Autre ..... / du conjoint O Général O TNS/PI O Autre .....

(1) Féminin = **F** – Masculin = **M** (2) Recopier les codes de la zone « organisme gestionnaire » figurant sur votre attestation vitale

Justificatifs à fournir

Retournez-nous votre demande complétée et signée, accompagnée des justificatifs suivant :

- Photocopie de l'attestation papier d'ouverture de droit à votre Caisse de Régime Obligatoire récente pour chaque assuré. Si vous n'êtes pas en possession de votre attestation papier.
- Si votre enfant de plus de 20 ans dans des situations suivantes : étudiants, apprenti, intérimaire, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée, en contrat d'insertion professionnelle ou si un enfant handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire Français : fournir les justificatifs de la situation.
- Un R.I.B joint pour le versement de vos prestations et le mandat SEPA complété si prélèvement de vos cotisations sur votre compte bancaire.

Modification

O Ajout de bénéficiaires (compléter le tableau ci-dessus).

O Résiliation famille – Motif :

O Mutation centre de secours (préciser le nom du nouveau centre de secours) :

O Radiation bénéficiaires : Conjoint : Enfants (Prénom) : Motif :

O Changement de groupe d'assurés.

O Changement de nom, prénom, correctif date de naissance :

O Changement d'adresse, N° de téléphone, mail :

O Changement de compte pour les cotisations sans changement de payeur (joindre RIB)

O Mise en prélèvement de la cotisation ou changement de payeur (joindre le mandat SEPA rempli et signé et un RIB).

O Changement de compte pour le virement des prestations (joindre RIB).

O Modification du régime obligatoire (N° R.O, caisse R.O) :

O Autres modifications :

Montant total mensuel de la cotisation garantie frais de santé. …… EUROS

Modalités et périodicités de règlement possible de votre cotisation garantie frais de santé :

O MENSUEL
O TRIMESTRIEL
O ANNUEL

O PRELEVEMENT BANCAIRE
O CHEQUE
O ESPECE EXEPTIONNELLEMENT

La durée de garantie à compter du jour de prise d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours est renouvelable chaque année par tacite reconduction pour un an sauf dénonciation en application des dispositions prévues au Règlement Mutualiste.

Mention légale Protection des données

En accord avec le nouveau Règlement Général de la Protection des Données, entré en vigueur le 25 mai 2018, la mSp32 s'engage à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données.

Si vous souhaitez, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de données vous concernant. Pour exercer ce droit adressez-vous à **mSp32** 59 route de Pessan 32000 AUCH.

Fait le :

Signature de l'adhérent