

BULLETIN DE MODIFICATION(s)

A transmettre accompagné des pièces justificatives.

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Nom :

(Pour les femmes mariées, indiquer : madame x, épouse y)

Prénom :

Contrat N° :

Adresse actuelle :

Téléphone.....Mail.....

DEMANDE DE MODIFICATION (cocher la/les case(s) correspondante(s))

Modification d'adresse (joindre un justificatif de domicile)

Préciser la nouvelle adresse :

.....
.....
.....

Modification état civil

Mariage (joindre copie livret de famille ou copie nouvelle carte nationale d'identité).

▪ **Date**

Divorce (préciser la date) :

Modification coordonnées bancaires.

Modification RIB cotisations (joindre un RIB accompagné mandat SEPA).

Modification RIB prestations (joindre un RIB).

▪ Préciser le bénéficiaire concerné si différent de l'adhérent :

Modification de Centre de Sécurité sociale ou du régime obligatoire (joindre une attestation CPAM).

Modification de bénéficiaire :

- Ajout de bénéficiaire** (joindre copie pièce d'identité ou bulletin de naissance + attestation de droit CPAM) et compléter le tableau ci-dessous.
- Suppression de bénéficiaire :** compléter le tableau ci-dessous.

Nom du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Lien de parenté	Date d'effet de la modification

Le nouvel ayant-droit est-il bénéficiaire par ailleurs de garanties remboursant ses frais de santé ?

- OUI : Préciser lequel des bénéficiaires
- NON

Changement de contrat

Préciser votre choix de contrat si **Actif(ve)**

- AZUR JADE OCRE OR PLATINE

*Date d'effet de la demande de modification :
=====

Préciser votre choix de contrat si **Retraité(e)**

- R300 R320 R340 R380 R400

*Date d'effet de la demande de modification :
=====

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent :