mutuelle smh
Hauts-de-France

DEMANDE DE
Changement d'adresse

NOM D'USAGE* _____

NOM DE NAISSANCE* _____

PRÉNOM* _____

NUMÉRO ADHÉRENT SMH* |_|_|_|_|_| DATE DE NAISSANCE * |_|_|_|_|_|_|_|_|

❍ **Je change d'adresse à compter du ____ /____ / 202___ .** Je vous transmets **un justificatif de domicile de moins de 3 mois** (quittance de loyer acquittée, facture d'électricité, téléphone, eau…).

Ma nouvelle adresse :

N° _____ Bâtiment _____ Appartement _____

Résidence _____

☐ Avenue ☐ Rue ☐ Route ☐ Chemin ☐ Voie ☐ Lieu-dit

Adresse _____

Code postal |_|_|_|_|_| Ville _____ Pays _____

TÉLÉPHONE PERSONNEL* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| TEL MOBILE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

COURRIEL PERSONNEL*:_____

À noter : si à l'occasion de votre changement d'adresse, **vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie, merci de nous joindre impérativement une copie de votre nouvelle attestation de carte vitale.**

Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par la mutuelle SMH conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016. Les données recueillies précédées d'une * sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux). Ces traitements sont fondés sur leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales à laquelle la mutuelle est soumise. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous concernant. Toutes les demandes donneront lieux à une première réponse de la mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ de certains de ces droits dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la mutuelle. Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo@smh.fr , soit par courrier à Mutuelle SMH Service DPO Parc Eurasanté, 310 avenue Eugène Avinée 59120 Loos.

Fait à : _____ **Le** _____ **/**_____**/ 202**__

Signature :

Nous contacter :
Mutuelle SMH, Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 Loos
Pôle Relation Adhérent : 03 20 10 97 10
Pôle Offre Santé Prévoyance : 03 20 90 16 10
Fax : 03 20 10 97 11 I contact@smh.fr I www.smh.fr

Mutuelle SMH, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 301 862 769, dont le siège est sis Parc Eurasanté Ouest, 310 avenue Eugène Avinée 59120 LOOS.