

## MODIFICATION DE SITUATION

### Changement de banque

NOM D'USAGE\* : ..... NOM DE NAISSANCE\* : .....

PRÉNOM\* : ..... DATE DE NAISSANCE :

NUMÉRO ADHÉRENT SMH\*  COURRIEL : .....

TÉLÉPHONE\*  TEL MOBILE :

ADRESSE : .....

CP :  VILLE : .....

Je change de banque à compter du : .... / ..... / 202....

Ces nouvelles coordonnées bancaires sont destinées au :

**Prélèvement de mes cotisations et virement de mes prestations sur le même compte.**  
Veuillez compléter et nous retourner signé le présent document accompagné d'un RIB.

**Prélèvement des cotisations sur un compte (joindre mandat SEPA + RIB) :**

- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent tous les bénéficiaires de mon dossier.
- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent uniquement le bénéficiaire suivant :

.....

**Virement des prestations sur un autre compte (joindre RIB) :**

- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent tous les bénéficiaires de mon dossier.
- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent uniquement le bénéficiaire suivant :

.....

**Prélèvement des cotisations sur feuille de salaire et virement des prestations (joindre RIB) :**

- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent tous les bénéficiaires de mon dossier.
- Ces nouvelles coordonnées bancaires concernent uniquement le bénéficiaire suivant :

.....

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 lieu 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 | contact@smh.fr | [www.smh.fr](http://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.