

## DEMANDE DE Changement de niveau de garantie

NOM D'USAGE \* \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE \* \_\_\_\_\_ PRÉNOM \* : \_\_\_\_\_

NUMÉRO ADHÉRENT SMH \* :  DATE DE NAISSANCE\* :

TÉLÉPHONE\* :  TEL MOBILE :

COURRIEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

DATE DE CHANGEMENT DE FORMULE SOUHAITÉE\*\* :

Je souhaite changer de garantie en souscrivant à la formule :

OFFRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ	OFFRE SALARIÉS ACTIVITÉS DIVERSES	OFFRE TERRORIALE	ETUDIANTS***	LE LIEN
<input type="radio"/> Primo	<input type="radio"/> Pratique	<input type="radio"/> Terr	<input type="radio"/> Étud 1	<input type="radio"/> Le Lien Hospi****
<input type="radio"/> Essentielle	<input type="radio"/> Classique	<input type="radio"/> Terr 1	<input type="radio"/> Étud 2	<input type="radio"/> Le Lien
<input type="radio"/> Nuance	<input type="radio"/> Dynamique	<input type="radio"/> Terr 2		
<input type="radio"/> Intégrale	<input type="radio"/> Authentique	<input type="radio"/> Terr 3		
<input type="radio"/> Polygone	<input type="radio"/> Tonique	<input type="radio"/> Terr 4		

\*\* Après 12 mois d'adhésion, l'adhérent peut demander un changement de formule. Le changement prendra effet le 1er jour du mois civil suivant un délai de prévenance de 30 jours, sauf si l'adhérent demande une date d'effet postérieure à cette date. Ce bulletin confirme le changement du niveau de garantie dans la gamme souscrite après échange avec un conseiller mutualiste. Pour tout complément d'informations, contactez nos conseillers au 03.20.90.16.10.

\*\*\* Formules réservées aux personnes seules de moins de 28 ans, affiliées au régime étudiant

\*\*\*\* Formule réservée aux agents de la fonction publique hospitalière bénéficiant du CGOS.

**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](mailto:dpo@smh.fr), soit par courrier à Mutuelle SMH Service DPO, Parc Eurasanté, 310 avenue Eugène Avinée 59120 Loos.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

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](mailto: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.