

Bulletin de changement de situation

Identification de l'adhérent principal (souscripteur)

Nom : _____
Prénom : _____
N° de Sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ou N° d'adhérent | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Changement de coordonnées

Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Téléphone _____
E-mail _____@_____ Mobile _____

Inscription de nouveaux membres de votre famille

Joindre systématiquement les photocopies des attestations VITALE des nouveaux ayants droit (1)

Date d'effet souhaitée de l'ajout des ayants droit (1) (2) : ___ / ___ / _____

NOM	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale	Autre mutuelle	Télétransmission *
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
				Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

*La télétransmission évite d'envoyer les décomptes émanant de la caisse d'Assurance Maladie à France Mutuelle. Si l'ayant droit est déjà adhérent auprès d'une autre complémentaire santé, il ne peut pas bénéficier de la télétransmission avec France Mutuelle

Suppression d'ayants droit de votre contrat (2)

Rappel :

La radiation d'un ayant droit prend effet au 31 décembre de l'année civile en cours. Par dérogation, la radiation de l'ayant droit peut s'effectuer en cours d'année en cas de séparation (divorce, rupture de PACS, rupture du concubinage) ou bien d'affiliation de l'ayant droit à une mutuelle d'entreprise obligatoire.

Se reporter au règlement mutualiste ou bien à la fiche d'information relative à votre contrat.

NOM	Prénom	Date de naissance	Numéro de Sécurité sociale

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements
Fait à _____
Le _____
Signature

(1) Voir date d'effet et justificatifs à fournir au verso

(2) Le terme ayant(s) droit est remplacé par le terme assuré(s) dans le cadre d'un contrat de prévoyance

Procédure de changement de situation

Pour tout changement de situation vous concernant ou concernant vos ayants droit (1), veuillez remplir le bulletin de changement de situation au recto et joindre les pièces suivantes selon la situation.

Quelle(s) pièce(s) joindre à ma demande de changement de situation ?

Type de demande	Evènement	Justificatifs à fournir	Date d'effet sur le contrat
Changement d'adresse	Déménagement	Justificatif de domicile + nouvelle attestation VITALE si changement de Caisse Primaire	Immédiat à réception
Ajout d'un membre de la famille	Mariage	Copie du livret de famille ou acte de mariage	Le 1er du mois suivant la réception de la demande
	PACS	Attestation de PACS	
	Concubinage	Facture / contrat de location ou équivalent au deux noms ou certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur signée par des deux concubins + copie de la CNI de l'assuré	
	Enfant poursuivant des études	Certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou contrat d'alternance ou attestation pôle emploi ou convention de service civique	Date de naissance de l'enfant si déclaration effectuée dans les 30 jours suivant la naissance/l'adoption, le 1er du mois suivant la réception de la demande sinon
	Naissance / adoption	Copie du livret de famille ou acte de naissance ou certificat d'adoption	
En cas d'ajout d'un assuré majeur sur votre contrat Kalio Accident, merci de joindre à ce bulletin une clause de désignation de bénéficiaire et un bulletin de consentement dûment renseignés et signés par l'assuré en sus des éventuels documents demandés ci-dessus.			
Suppression d'un ayant droit (1) du contrat	Divorce / séparation	Jugement de divorce ou déclaration sur l'honneur attestant de la séparation ou du divorce	Le 1er du mois suivant la réception de la demande
	Ayant droit sous contrat collectif obligatoire (contrat santé uniquement)	Attestation employeur précisant la nature obligatoire du contrat collectif	
	Décès	Certificat de décès	Date du décès si déclaration effectuée dans les 30 jours, le 1er du mois suivant la réception de la demande sinon

(1) Le terme ayant droit est remplacé par le terme assuré(s) dans le cadre d'un contrat de prévoyance

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est Groupe France Mutuelle. Conformément au Règlement Général sur la protection des données, vous disposez, sans frais d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition au traitement de vos données. Vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à l'adresse suivante : Groupe France Mutuelle, Délégué à la protection des données, Direction Juridique, 10 rue du 4 Septembre, CS 11601, 75089 Paris Cedex 02, ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr.

En cas d'insatisfaction, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).