



Mettez le cap sur la santé !

Av. Gustave Eiffel – B.P. 510 – 11105 NARBONNE Cedex
04 68 42 22 81 - contact@viazimut.fr - www.viazimut.fr

BULLETIN DE MODIFICATION

A COMPTER DU :

IDENTIFICATION DE L'ADHERENT

Nom : Prénoms :
N° Sociétaire : Date de naissance : N° Sécurité sociale :

CHANGEMENT DE VOS COORDONNEES :

Adresse :
Code postal : Ville :
Tél : Tél portable : Courriel :

Changeement de domiciliation bancaire :
Joindre un nouveau RIB

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE :

Célibataire Marié Pacsé Vie commune Divorcé Veuf

CHANGEMENT DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE :

Affectation : Service :
Emploi : Date d'embauche :
Contrat de travail : CDI AUTRE :

ADHESION DE CONJOINT

RADIATION DU CONJOINT

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
N° Sécurité sociale : Motif :
Agent ASF : OUI NON

- Si vous vivez en concubinage, joindre la copie du certificat de concubinage ou une déclaration sur l'honneur.
En cas de PACS, mariage, divorce, joindre le justificatif correspondant.
Pour une nouvelle adhésion, nous faire parvenir la photocopie de l'attestation de la carte vitale de l'intéressé.

ADHESION DE L'AYANT DROIT A CHARGE

RADIATION DE L'AYANT DROIT A CHARGE

Table with 5 columns: Nom & Prénoms, Parenté, Date de naissance, N° Sécurité sociale, Motif

Pour toute nouvelle adhésion, nous faire parvenir la photocopie de l'attestation de la carte vitale du ou des intéressés.
Joindre un certificat de scolarité ou tout autre justificatif pour un enfant de plus de 21 ans dans la situation suivante : étudiant, demandeur d'emploi, contrats précaires (apprentissage, qualification...)



CHANGEMENT DE CONTRAT :

SI LES CONDITIONS* ME LE PERMETTENT, JE CHOISIS LE CONTRAT :

- SOCLE
- TURBO
- EXTREME

MON CHOIX DE CONTRAT SERA VALABLE 3 ANS - Année civile d'adhésion et les deux années civiles suivantes -

* départ de la société, mariage, signature d'un PACS, vie commune, naissance, divorce, rupture d'un PACS, rupture de vie commune, décès du conjoint).

A COMPLETER (LIRE ATTENTIVEMENT)

Je refuse que les informations concernant*.....
soient transmises à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en vue du traitement de mes décomptes de prestations par échanges de données informatiques (NOEMIE).

*Préciser le nom et prénom de la personne concernées.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sur ce bulletin sont exacts.

Fait à le

Cadre réservé à VIAZIMUT

Signature
(précédée de la mention « lu et approuvé »)