



Immeuble Aprilium
69439 Lyon Cedex 3
☎ 04 26 29 41 79
☎ 04 26 29 41 97
✉ affiliations@cetim.com

Bulletin Individuel de Modification



Document à retourner à la société
ANDRÉ DE LARRARD
23, avenue de Wagram
75017 Paris



Informations Entreprise

RAISON SOCIALE _____

DATE DE MODIFICATION DU STATUT / /

STATUT : Cadre Non cadre Autre (précisez)

Assuré(e)

M. MME MLLE DATE DE NAISSANCE : / /

NOM

PRÉNOM

N° SS

ADRESSE

CODE POSTAL Ville

TÉLÉPHONE EMAIL@.....

SITUATION FAMILIALE. Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Nombre d'enfants

Autre(s) bénéficiaire(s)

CONJOINT(E) CONCUBIN(E) PACSÉ(E)

Nom	Prénom	Sexe (M/F)	Date naissance	N° de Sécurité Sociale	Date de Adhésion	Date de Résiliation

Votre conjoint ou concubin bénéficie-t-il à titre personnel ou professionnel d'une « mutuelle » complémentaire ? Oui Non
Si non, souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission ? Oui Non

ENFANTS À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe (M/F)	Date naissance	N° Sécurité Sociale de rattachement	Date de Adhésion	Date de Résiliation

Vous devez impérativement joindre un justificatif :
• de rattachement de votre(vos) enfant(s) à charge (certificat de scolarité, justificatif de rattachement au foyer fiscal)
• un certificat de concubinage (ou à défaut une attestation sur l'honneur) et/ou une copie de votre PACS.

Résiliation de l'adhésion

DATE D'EFFET DEMANDÉE / /

Ci-joints documents «Tiers-Payant» en ma possession (attestation SP SANTE ou VIAMEDIS).

Votre déclaration

Voulez-vous bénéficier de la transmission directe entre votre caisse de sécurité sociale et Cétim ?
 OUI (joindre obligatoirement les photocopies des Attestations Papier de la sécurité sociale pour chaque bénéficiaire, ainsi que le RIB)
 NON (joindre le RIB uniquement)

Je déclare être informé que les données recueillies font l'objet d'un traitement informatique par CETIM, sans transfert de données vers l'étranger, pour les besoins de mon affiliation au contrat d'assurance et de son exécution, et ne peuvent être communiquées à cette fin qu'à l'organisme assureur, à ses réassureurs, à leurs mandataires et au souscripteur du contrat. Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'opposition, de communication, de rectification et de suppression des données le concernant, que je peux exercer auprès de CETIM Immeuble Aprilium 69439 LYON cedex 03.

Je m'oppose à ce que les données me concernant soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale.

Fait à _____ Le / / Signature du salarié(e)

A joindre obligatoirement : RIB + ATTESTATION VITALE

Cachet & Signature
de l'Entreprise