MUTUALITÉ FRANÇAISE
PRÉVOYANCE

EOVI mutuelles présence

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme :
SIRET

N° Entreprise

BULLETIN DE MODIFICATION

au régime complémentaire de couverture des FRAIS DE SANTÉ

des **SALARIÉS DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE**

DOCUMENT À COMPLÉTER ET À RETOURNER AU SERVICE RH DE VOTRE ORGANISME

Identification du salarié

N° Sécurité sociale initial |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| N° d'agent _____

Nom _____ Prénom _____

Cocher la ou les cases correspondant à votre changement de situation

Date d'effet de la modification |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

❒ **Changement état civil** : renseigner votre nouvelle situation ci-dessous, compléter uniquement les zones nécessaires.
Vous devez joindre la nouvelle attestation vitale.

❒ M. ❒ Mme ❒ Mlle Nom du salarié * _____ Prénom _____

Nouveau N° Sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Situation familiale : ❒ Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Vie maritale ❒ PACS ❒ Divorcé(e) ❒ Veuf-veuve

❒ **Changement d'adresse** : renseigner votre nouvelle adresse ci-dessous

Adresse |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|