



DÉCLARATION DE CHANGEMENT D'ADRESSE

IDENTITÉ DE L'ASSURÉ SOCIAL

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

NOUVELLE ADRESSE

(compléter les champs utiles)

Chez M./Mme (si domicilié chez l'habitant), numéro d'appartement, étage, escalier (pour les adresses en cité université par exemple)

.....

Résidence, entrée, bâtiment, immeuble

.....

Numéro de voie, libellé de la voie

Lieu-dit. Hameau

Code postal, Ville

COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Téléphone fixe* :

Téléphone portable* :

Adresse email :

* Renseigner au moins un numéro de téléphone.

L'assuré certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus.

À le/...../..... Signature :

Important : nous vous invitons à compléter cette déclaration de la façon la plus exhaustive possible. Il y va de votre intérêt pour la transmission de toutes les informations relatives à votre dossier de santé.

MEP | CS 40042 | 13417 MARSEILLE CEDEX 08
Mutuelle étudiante de proximité membre du Réseau national emeVia
MEP, MGEL, SEM, SMEBA, SMECO, SMENO, SMERAG, SMEREB, SMERRA, VITTAVI
www.emevia.com

Tél. Service client 04 26 317 929 Service souscription 04 82 545 545 | www.mep.fr

Mutuelle régie par le code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II dudit code. Immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 782 814 826.