CHANGEMENT COORDONNEES BANCAIRES
POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE

En cas de changement de vos coordonnées bancaires, veuillez nous adresser un nouveau relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B. ou R.I.P. [(1)]).

Identification de l'assuré(e) :

Les champs marqués de (*) sont obligatoires

***** Numéro de Sécurité Sociale :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

***** Nom, Prénom(s) :

……

***** Adresse :

……

……

Je vous informe de mes nouvelles coordonnées bancaires pour le remboursement de mes prestations d'assurance maladie.

[(1)] **L'identité de RIB ou RIP doit correspondre à celle de l'assuré(e).** En effet, les prestations doivent être versées sur un compte dont l'assuré(e) est titulaire ou co-titulaire (compte personnel ou compte joint), conformément aux dispositions de l'article R.613-41 du Code de la sécurité sociale.

A …….., le …. / …. / ……

SIGNATURE

Merci de retourner ce formulaire complété, signé et accompagné d'un RIB ou RIP à l'adresse de votre centre de gestion.