

## Inscription au service sophia

Merci de bien vouloir compléter ce bulletin en majuscules et au stylo à bille, le signer et nous le retourner à l'aide de l'enveloppe T jointe, sans l'affranchir :

**Oui, je souhaite bénéficier du service d'accompagnement sophia** proposé par l'Assurance Maladie dont j'ai pris connaissance dans la brochure qui m'a été adressée.  
 Ce service est gratuit. Je suis libre de le quitter à tout moment\*\*.

**Non, je ne souhaite pas bénéficier du service d'accompagnement sophia.**

NOM\*

PRENOM\*

DATE DE NAISSANCE\*

N° DE SECURITE SOCIALE\*

Pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé :

**Après avoir coché la case « Oui »,** vous pouvez compléter vos coordonnées ci-dessous. Le service pourra être amené à vous contacter pour vous assurer l'**accompagnement le plus adapté** à votre situation.

N° Tél. principal

N° Tél. secondaire

Fait le :

**Votre signature**  
 Indispensable  
 pour bénéficier  
 du service sophia

*La mise en œuvre du service sophia peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse. Vous êtes informé(e) que le refus de participer au service n'a aucune conséquence sur vos remboursements.*

\* Champ obligatoire

\*\* Sur simple appel au 0811 709 709. Prix d'un appel local depuis un poste fixe.