

## 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.