



n° 50731#01

Pour ne pas retarder le règlement des prestations auxquelles vous pourriez prétendre, le changement de caisse d'affiliation doit être demandé dans les situations mentionnées

- si vous avez changé définitivement de résidence ;
- si votre nouvel employeur cotise à une caisse autre que celle où vous étiez précédemment affilié (e).

CONSEILS POUR COMPLÉTER VOTRE DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

Il convient de compléter chacune des rubriques désignées ci-après, en tenant compte des précisions fournies pour chacune d'elles :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> “Qu'elle est votre situation actuelle”
ou
<input type="checkbox"/> “Quelle était votre situation à cette époque” | } | Préciser si vous êtes ou si vous étiez salarié (e), étudiant (e), retraité (e), pensionné (e), rentier (e) AT, sans emploi, assuré (e) volontaire. |
|---|---|--|

- Si vous êtes (ou si vous étiez salarié (e), il vous appartient de mentionner à la ligne prévue à cette effet **“le N° Employeur”**, et **“l'organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant”**, tels qu'ils figurent sur vos bulletins de salaire. Il suffit donc de reproduire ces indications.

- “Nature de l'emploi”**
 Les agents des administrations et des services publics doivent préciser s'ils sont “agents titulaires” ou “agents auxiliaires”, ou “agent contractuels”. Pour les autres catégories de salarié (e)s, il est nécessaire de préciser, à cette rubrique, s'il s'agit éventuellement :

- d'un VRP à cartes multiples,
- d'un travailleur à domicile,
- d'un travailleur saisonnier,
- d'un agent d'assurances travaillant pour plusieurs employeurs,
- d'une nourrice ou gardienne d'enfants,
- d'un artiste du spectacle, isolé et rémunéré au cachet,
- d'un travailleur exclusif en extra, employé dans un café, dans un hôtel, ou dans un restaurant.

PIÈCES A JOINDRE A L'APPUI DE VOTRE DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

Dans tous les cas il convient d'adresser à la caisse (ou au centre) dans la circonscription de laquelle est situé votre nouveau lieu de résidence :

- **la présente déclaration de changement de situation, dûment complétée accompagnée de votre carte d'immatriculation.**

Pour les situations particulières énumérées, ci-après, il est nécessaire de joindre le document indiqué :

- **pour les retraité (e)s, pensionné (e)s, rentier (e)s, “Accidents du travail”** : le (s) titre (s) de pension de vieillesse, ou d'invalidité, ou de rente “accidents de travail”.
- **pour les assuré (e)s volontaires** le reçu des dernières cotisations acquittées.
- **pour les étudiants (e)s** le reçu de versement de la cotisation annuelle. S'il s'agit d'un (e) boursier (e), indiquer la référence de la décision d'attribution.
- **pour les personnes en chômage indemnisé** l'avis d'admission délivré par l'ASSEDIC.

Une carte d'immatriculation vous sera adressée par votre nouvelle caisse d'affiliation.

“La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale”.



DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

entraînant un changement de caisse primaire d'affiliation

VOLET 1 destiné à la nouvelle CPAM d'affiliation

VOLET 2 destiné à la CRAM

VOLET 3 destiné à la précédente CPAM d'affiliation

CADRE RÉSERVÉ A LA CPAM	CPAM	N° DE DOCUMENT	1 0 0	GRAM
RÉGIME	EFFET D'IMMATRICULATION			
CPAM AFFILIATION	CPAM PREST.	CENTRE PAIET		
CPAM PROVENANCE	DATE DE CHANGEMENT DE CPAM OU EFFET MUTATION			



ASSURÉ (E)

(1) <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Mademoiselle	N° D'IDENTIFICATION A LA SÉCURITÉ SOCIALE
<i>(A relever sur la carte d'immatriculation)</i>	
NOM _____ <i>(EN CAPITALES D'IMPRIMERIE) - (Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille)</i>	
PRÉNOMS _____ <i>(Dans l'ordre de l'état-civil)</i>	
ÉPOUSE DE _____ <i>(NOM EN CAPITAL D'IMPRIMERIE)</i>	
SEXE (1) <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nationalité _____ RES. CPAM
DATE DE NAISSANCE	Commune de naissance _____ RES. CPAM
	<small>N° DÉPAR. N° COMMUNE</small>

ADRESSE ACTUELLE PRÉCISE	N° _____	VOIE _____ <i>(Nature et nom de la voie)</i>
	<i>(COMPLÈMENT D'ADRESSE : ville, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)</i>	
	COMMUNE _____	
	<small>(CODE POSTAL)</small>	<small>BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.</small>

Adresse précédente _____

Date d'arrivée dans le nouveau département _____

Durée du séjour (1) égale ou inférieure à 6 mois supérieure à 6 mois

1 - SITUATION ACTUELLE

Quelle est votre situation actuelle ? (2) _____

Si vous êtes salarié(e), veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur actuel	{	_____
N° Employeur	(2)	_____
Nature de l'emploi	(2)	_____
Date d'embauche		_____

Organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant (2)	}	_____
Adresse du lieu de travail	{	_____
	}	_____

2 - SITUATION ANTÉRIEURE A LA SITUATION N° 1

Période du _____ au _____

Quelle était votre situation à cette période ? (2) _____

Si vous étiez salarié(e) à cette période, veuillez indiquer ci-après :

Le nom et l'adresse de votre employeur à cette époque	{	_____
N° Employeur	(2)	_____
Nature de l'emploi	(2)	_____
Date d'embauche		_____
		Date de départ _____

Caisse à laquelle vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale _____

Période sans emploi, du _____ au _____ motif _____

A _____ le _____ Signature _____

"La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme de sécurité sociale"

(1) Mettre une croix dans la case de la réponse exacte - (2) Se référer à la notice explicative

