



SÉCURITÉ SOCIALE

n° 11545*01

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	CRAM
RÉGIME		EFFET D'IMMATRICULATION		
CPAM AFFILIATION		CPAM PREST.	CENTRE PAIET	
CPAM PROVENANCE		DATE DE CHANGEMENT DE CPAM OU EFFET MUTATION		



ASSURÉ (E)

(1) Monsieur Madame Mademoiselle

N° D'IDENTIFICATION A LA SÉCURITÉ SOCIALE

NOM _____ (A relever sur la carte d'immatriculation)

PRÉNOMS _____ (Dans l'ordre de l'état-civil)

ÉPOUSE DE _____ (NOM EN CAPITAL D'IMPRIMERIE)

SEXE (1) Masculin Féminin Nationalité _____ RES. CPAM

DATE DE NAISSANCE _____ Commune de naissance _____ (Pour PARIS et LYON : indiquer l'arrondissement) RES. CPAM

ADRESSE ACTUELLE PRÉCISE { N° _____ VOIE _____ (Nature et nom de la voie)

{ (COMPLÈMENT D'ADRESSE : ville, lieudit, lotissement, cité, résidence, bâtiment, escalier, étage)

COMMUNE _____ (CODE POSTAL) BUREAU DISTRIBUTEUR : à indiquer s'il est différent de la commune de résidence.

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) _____ Organisme auquel sont versées les cotisations vous concernant (2) _____

Nature de l'emploi (2) _____ Adresse du lieu de travail { _____

Date d'embauche _____

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) _____ Organisme auquel étaient versées les cotisations vous concernant (2) _____

Nature de l'emploi (2) _____ Adresse du lieu de travail _____

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

