

Vous êtes affilié(e) au centre payeur mage 505 de Sécurité sociale,

Vous êtes ou non adhérent mutualiste à la MAGE,

Vous souhaitez signaler un ou plusieurs changements de votre situation personnelle, familiale et ou administrative, nous vous invitons à imprimer ce document, à compléter les parties concernées et à nous le retourner signé accompagné des documents mentionnés en bas de page à :  
MAGE - CENTRE 505 DE SECURITE SOCIALE - 42 BIS RUE D'ULM - 75005 PARIS

## VOTRE IDENTIFICATION :

Nom \* : \_\_\_\_\_

Prénom\* \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale\* : \_\_\_\_\_

Date de naissance\* : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Telephone portable : \_\_\_\_\_

Telephone fixe : \_\_\_\_\_

Votre adresse actuellement connue par votre centre

N° de la voie : \_\_\_\_\_ Nature de la voie : \_\_\_\_\_

Nom de la voie : \_\_\_\_\_

Cpl. d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

## CHANGEMENTS : COCHEZ LA OU LES CASES CORRESPONDANTE(S)

### NOUVELLE ADRESSE :

N° de la voie \_\_\_\_\_ Nature de la voie : \_\_\_\_\_

Nom de la voie : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de prise en compte de la nouvelle adresse : \_\_\_\_\_

### SITUATION FAMILIALE :

#### Etat civil : (1)

mariage  pacs  concubinage  divorce  séparation  instance de divorce

Date du changement : \_\_\_\_\_

#### Rattachement d'un conjoint(e) : (2)

Nom..... Prénom.....

#### Rattachement d'un enfant : (3)

Nom..... Prénom..... Date de naissance \_\_\_\_\_

### CHANGEMENT DE COORDONNÉES BANCAIRE : (4)

Date de prise en compte du changement : \_\_\_\_\_

### DÉCLARATION OU CHANGEMENT DE MÉDECIN TRAITANT (5)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus

Fait le \_\_\_\_\_ A..... signature

(1) joindre photocopie du livret de famille et toute notification certifiant le changement

(2) joindre une copie de son attestation vitale

(3) joindre l'acte de naissance ou photocopie du livret de famille ou certificat d'adoption

(4) joindre un RIB

(5) joindre la : Déclaration du médecin traitant signée par votre médecin (en téléchargement)