



DÉCLARATION CHANGEMENT DE SITUATION

**entraînant un changement
de caisse primaire d'affiliation ou de centre de paiement**

42 bis, rue d'Ulm
75005 PARIS
ou
43 rue Jaboulay
69349 LYON cedex 07
sécurité sociale Centre 505

■ ASSURE(E)

Situation familiale

Monsieur Madame Mademoiselle N° Sécurité sociale : _____ Clé

Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____

Prénoms : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin N° de département : _____

Nom usuel : _____ Nationalité : _____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse actuelle précise

N° : _____ Voie : _____

Complément d'adresse : _____

Commune : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Adresse précédente (le cas échéant) : _____

Situation professionnelle actuelle

Ministère : _____ Date d'embauche : _____

Nature de l'emploi : _____

Titulaire Stagiaire Autre : _____

Nom et adresse de l'établissement d'exercice : _____

Situation professionnelle antérieure

Nom et adresse de l'Employeur : _____

Nature de l'emploi : _____ Du _____ au _____

Sans emploi Etudiant(e) Du _____ au _____

Nom et adresse de la caisse précédente vous versant vos prestations de Sécurité sociale : _____

Informations complémentaires

Avez-vous déclaré votre Médecin traitant : Non Oui lequel : _____ Dépt. : _____

Etes-vous pris en charge à 100% pour une affection : Non Oui depuis _____

Etes-vous pris en charge à 100% pour maternité : Non Oui depuis _____

■ CONJOINT(E) à rattacher à votre Sécurité sociale

Monsieur Madame Mademoiselle N° Sécurité sociale : _____ Clé

Nom de naissance : _____ Date de naissance : _____

Prénoms : _____ Lieu de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin N° de département : _____

Nom usuel : _____ Nationalité : _____

Situation professionnelle : Salarié(e) Employeur : _____
 Sans emploi Etudiant(e) Autre : _____

Nom et adresse de la caisse précédente versant les prestations de Sécurité sociale : _____

■ ENFANT(S) à charge

Nom : Date de naissance :

Prénoms : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :

Prénoms : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :

Prénoms : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

Nom : Date de naissance :

Prénoms : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin Féminin N° de département :

Activité : Elève Apprenti(e) Etudiant(e) Salarié(e) Sans emploi Autre :

Situation Sécurité sociale: Ayant droit du père de la mère Assuré(e) social(e) Régime :

A **Signature de l'assuré(e) :**
le

**Déclaration en vue du rattachement des membres de la famille des assurés
pour le bénéfice de l'assurance maladie et maternité**

D'un commun accord, les parents désignés (au recto) déclarent que l'ensemble de leurs ayants droit est rattaché pour le bénéfice de l'assurance maladie et maternité à la caisse ou à l'organisme :

du père de la mère

les intéressés déclarent avoir connaissance du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause.

Fait à : le :

Nom et signature du père **Nom et signature de la mère**

mage 30b 02/2015