l'Assurance Maladie
SÉCURITE SOCIALE

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 : .....

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

La loi n°78-17 du 6/01/78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux individus un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de votre section MAGE.